

Onofre Ramos Advogados

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET AD NEGOTIA ET EXTRA

OUTORGANTE: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS, RG 1871803, SSP-PB, CPF n 335.897.204-68, brasileira, casada, professora com endereço na Rua Cantora Maria da Gloria Gouveia Vasconcelos, 114, apt 102, Jardim Oceania, João Pessoa-PB, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui como seu bastante procurador:

OUTORGADO: ROBERTA ONOFRE RAMOS, brasileira, casada, advogada, inscrito na OAB/PB nº13425, residente e domiciliado, nesta capital, com escritório em João Pessoa-PB: Av. Almirante Barroso, 600, SL.903, Edf. Villa Empresarial, Centro, CEP 58013-120. Mamanguape-PB: Rua Francisco Araújo, 35, Centro. CEP 58280-000 Fone: (83) 30319331, 87142159 (Oi), 91325995 (Claro), 96825221 (Vivo), 9918-8844 (Tim) .robertaonofre@gmail.com.

PODERES: : para os quais confere os mais amplos poderes para representá-lo no Foro em geral e ilimitado, com a cláusula "AD-JUDICIA ET AD NEGOCIA ET EXTRA", para em qualquer instância judicial e/ou nos atos extra judiciais, nos termos do Art.105 do Novo Código de Processo Civil, possa defender os interesses e direitos do outorgante, ajuizar ações na esfera **cível, trabalhista, tributário, juizado especial, bancário, Dpvt, previdenciário, administrativo, criminal** etc, bem como com esta se apresentar e se necessário for, tratar dos assuntos referente à OUTORGANTE, assinando quaisquer documentos, bem como, em qualquer instância ou Tribunal, na esfera administrativa ou judicial, perante as pessoas jurídicas de direito público, privadas e pessoas físicas, agindo em defesa dos seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras até o final da decisão, usando dos recursos e acompanhando-os em conjunto ou separadamente, independente da ordem de nomeação, podendo, ditos procuradores propor e variar ações, requerer, acordar e discordar, desistir, transigir, **receber alvará judicial**, firmar compromissos, arrolar testemunhas, substabelecerem todo ou em parte, praticando, enfim, todos e quaisquer atos necessário ao fiel desempenho deste mandato e especialmente para acompanhar junto a Companhia de Seguros competentes, o seguro DPVAT (morte, invalidez permanente), podendo para tanto, dito procurador, da entrada no processo de sinistro para recebimento de indenização ou reembolso das despesas, responsabilizando-se por todos os atos praticados no cumprimento deste instrumento, cessando os efeitos deste a partir da extinção do seu objetivo e interesse do outorgante.

João Pessoa, 31 de outubro de 2018.

> Edileide Francelino de Freitas Sobral - outorgante,

João Pessoa-PB: Av. Almirante Barroso, 600, sala 903, Edf. Villa Empresarial, Centro
Mamanguape-PB: Rua Francisco Araújo, 35, Centro, CEP 58280-000
Fone: (83) 996825221(vivo), 987142159(oi), 91325995 (Claro), 999188844(tim)
Email: robertaonofre@gmail.com

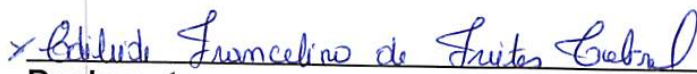


DECLARAÇÃO DE POBREZA

EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS, RG 1871803, SSP-PB, CPF n 335.897.204-68, brasileira, casada, professora com endereço na Rua Cantora Maria da Gloria Gouveia Vasconcelos, 114, apt 102, Jardim Oceania, João Pessoa-PB, **declara** para o fim de obtenção do benefício de assistência judiciárias, nos precisos termos do art. 1º da lei n. º 7.115, de 20 de agosto de 1983 e Lei nº 1.060/50, perante a comarca de João Pessoa -PB, que não pode arcar com as custas judiciais, sem prejuízo de suas obrigações, daí porque sua situação econômico-financeira não lhe permite pagar custas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

Declara, ainda, que é conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais (art. 2º da supracitada lei), caso o presente documento não porte verdade.

João Pessoa, 31 de outubro de 2018.


Declarante





Receituário Médico



LAUDO MÉDICO

A paciente Edileide Franceline de Freitas Cabral, foi vítima de acidente de trânsito em 2015, sofrendo traumatismos CID-S62.3 + S82.1, resultando nas sequelas, após tratamento até 01/2018, inclusive com várias cirurgias, estando atualmente com debilidade permanente em mãos E e joelhos D, com perda de cerca de 80% no 1º e 50% no 2º membro afetado, com dores locais, limitações dos movimentos e diminuição da força muscular.

Data: 01/11/18

Dr. Euripedes A. Teixeira
Ortopedia
CRM PB 2516
Médico - CRM

F(NG).CC.002-1





TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL



Processo nº 17696117-2

Ex. Sr. Juiz de Direito do Juízo da 1ª Vara Criminal do Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso do Sul, em Brasília, DF.

Eu, ROBERTA LIMA ONOFRE, inscrita no CPF nº 000.000.000-00, residente e domiciliada em Brasília, DF, endereço: Rua dos Andradas, nº 1.234, Bloco A, Sala 101, CEP 70000-000, apresento a Vossa Excelência o presente documento para fins de registro.

Declaro que sou a autora da obra intitulada "Tratado de Direito Penal", de autoria de Roberto Lima Onofre, publicado pela Editora X, em Brasília, DF, no ano de 2018.

Declaro também que a obra é de minha autoria e que não há qualquer plágio ou violação de direitos autorais.

Declaro, por fim, que a obra é de natureza científica e que não contém qualquer conteúdo ofensivo ou ilícito.

Brasília, 09 de novembro de 2018.

ROBERTA LIMA ONOFRE

Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 09/11/2018 12:22:42



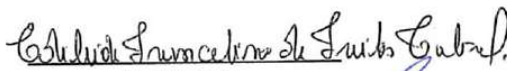
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL

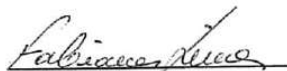


BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 3193/2015

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 Luiz Henrique dos Santos, 75 - Jardim Oceania
João Pessoa - PB - CEP: 58037-050 - Fone: (33) 3333-1100
www.decarlinto.com.br
Titular: Zorilda Albuquerque

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] EMOL:R\$ 1,94 FARPEN:R\$ 0,23 FEPI:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
SELO DIGITAL: AC183965-HBMC
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
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	U F 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 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 Nº 011642855175	Renavan Nº 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		U.F. PB	
Nome do Proprietário Edileide Francelino de Freitas							
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 011752879486	Renavan Nº 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 meio da via, evitando uma reação do V2.							



Rua Fernando Luz Henriques dos Santos, 75 - 1º andar - Oceania
 João Pessoa - PB - CEP: 56037-050 - Fone: (083) 2111-1111
www.decarlinto.com.br E-mail: titular@decarlinto.com.br

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
 João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:22
 Josiavando Carlos - Escrevente
 [2015-135033] EMUL:R\$ 1,94 FAPEN:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
 SELO DIGITAL: AC183967-4X98
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0428 - 2015		
VÍTIMA 01		
Nome	Edileide Francelino de Freitas	Sexo Feminino
Endereço	Rua Maria da Gloria Gouveia Vasconcelos, 114, J. Oceania, João Pessoa PB	
Ferimentos	Viajava no Veículo Nº 02	Usava Cinto
Condição da Vítima	Conduzida Para Hospital	
Condutor		
CONSTATADO		
<p>João Pessoa – PB, 24 de Julho de 2015.</p> <p>BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO Cópia de Conformidade com o Original EM: 11/08/2015</p> <p><i>Antônio Atila Silva Genuino Batista</i> Antônio Atila Silva Genuino Batista SD PM Responsável pelo Levantamento</p>		

Decarlinto
Serviço Notarial - 10 Oitos de Notas
Conte com a gente

Rua Fernando Luiz Henrique dos Santos, 75 - Jardim Oceania
João Pessoa - PB - CEP: 55017-050 - Fone: (81) 3241-8000
www.decarlinto.com.br decarlinto
Titular: 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] EMOL:R\$ 1,94 FARPEN:R\$ 0,23 FEPI: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 POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO - BPTRAN



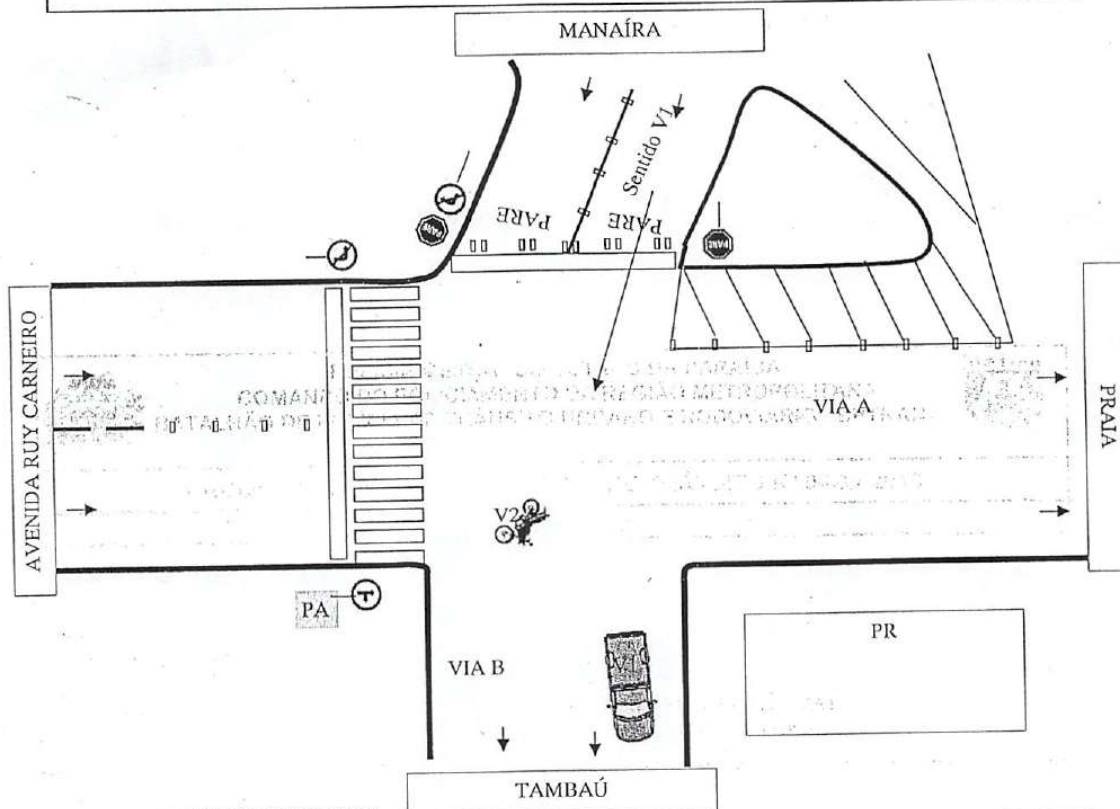
CROQUI DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0428/ 2015

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

SIGNATURA

Antônio Átila Silva G. Batista SD PM
Responsável pelo Levantamento



Rua Fernando Luis Henrique dos Santos, 75 - Jardim Camélia
João Pessoa - PB - CEP: 58037-050 - Fone: (83) 338-9100
www.decarlinto.com.br
Título: Sérgio Albuquerque

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 FARPEN:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
DIGITAL: AC183968-UWFB
fira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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
 afastado(a) de suas atividades laborativas por um
período de 60 (sessenta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 28/08/15

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedia / Cir. Quadril
CRM-RB 6786 / TEOT 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

Av. Orestes 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
1.3	Lotação	1.4	Cargo
1.5	Local de exercício	1.6	Classificação funcional
1.7	Endereço p/ correspondência	1.8	Telefone
1.9			

EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
CEP 58.037-313
SUA PESSOA/PB
Rua Cantora Maria da Glória G. Vasconcelos, 114 Apto 102 (83) 988522279/996288145

☐ Licença p/ tratamento de saúde
☐ Licença gestante

☐ Licença p/ motivo de doença em pessoa da família
☒ Prorrogação

Em, ____/____/____

Edileide Francelino de Freitas Cabral
Requerente

2. CHEFE

2.1

Compareça à inspeção de saúde na

Em, ____/____/____

Gerência Central de Perícia Médica
Gerência Regional de Perícia Médica ____ Região

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"/>	DEFERIDO
<input type="checkbox"/>	O pedido se enquadra no Art. 177	<input type="checkbox"/>	INDEFERIDO
<input type="checkbox"/>	O pedido se enquadra no Art. 84 § 1º e...		
<input type="checkbox"/>	O pedido se enquadra no Art. 181		
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





Autentica a presente cópia, reprodução fiel do original que se faz
apresentada, em testemunho da verdade.
Data: 09/11/2018
Assinatura: [assinatura]
CROB - Conselho Regional de Odontologia do Brasil
CNPJ: 06.908.689/0001-00

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: _____
2 - CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: Francisco de T. Cabral
4 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____
5 - DATA DE NASCIMENTO: _____
6 - SEXO: ☒ MASC ☐ FEM
7 - RAÇA/COR: _____
8 - NOME DA MÃE: _____
9 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____
10 - TELEFONE DE CONTATO: _____
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____
13 - CDD, IBGE MUNICÍPIO: _____
14 - UF: _____
15 - CEP: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Exatodontia
17 - CDD: _____
18 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____
19 - CDD: _____
20 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____
21 - CDD: _____
22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____
23 - CDD: _____
24 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____
25 - CDD: _____
26 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____
27 - CDD: _____
28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____
29 - CDD: _____
30 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____
31 - CDD: _____
32 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____
33 - CDD: _____
34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: _____
35 - CDD: _____

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Exatodontia
37 - CID-10 PRINCIPAL: _____
38 - CID-10 SECUNDÁRIO: _____
39 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

SOLICITAÇÃO

40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
Dr. Gustavo F. Macedo
CRM-PA 57890/1501 13240
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____
42 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 08/08/15
43 - NOME DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____
44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____
46 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR: _____
47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____
48 - NOME DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____
49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): _____
53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: _____
54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE): _____





Receituário Médico

HEETSHL

Paciente: Edileide Fraguelino de
Frentes Cabral

Sete cópias do
prescritivo de paciente
signatário

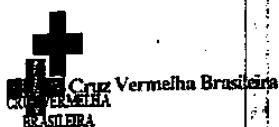
Data: 25/09/15

Assinatura
Médico - CRM

F(NQ).CC.002-1



Ficha de Atendimento Ambulatorial



Ficha de Atendimento Ambulatorial
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, sr. GNEB. 129912 - Tel.

Número da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 868352



Identificação do paciente				Data e Hora Prevista 25/09/2015 08:18:04	
ID 912179	Nome ÉDILE DE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL			Sexo Feminino	
Data de nascimento 17/04/1964	Idade 51 Anos	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 53	Fone Móvel 988170449	DDD Fixo		Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Cross	Nº Cns 705003660838859		
Endereço					
CEP 58037313	Município de residência JOÃO 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:

+

EXAME FÍSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO:

CID:

CONDUTA:

Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 09/11/2018 12:22:47



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial

HEE1SHL

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:

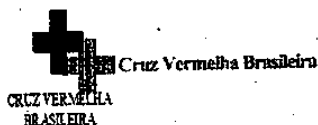
Assinatura do Médico e Carimbo:

[Assinatura]



40003

Ficha de Atendimento Ambulatorial



Ficha de Atendimento Ambulatorial



HEETSHL

ACOLHIMENTO, 0 - CNES: 123312 - Tel.:

Numero 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 17/04/1984	Idade 31 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 68037313	Município de residência JOAO.PESSOA	Logradouro Cantora Maria da Glória Gouvêa 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° SPO fratura platis tibial
direito + fratura 5° metacarpo

H.D.A.:

EXAME FÍSICO:

FO de bom aspecto

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rt

DIAGNÓSTICO:

fratura ancondilária

CID:

CONDUTA:

orientação / fisioterapia
retorno

Dr. Gustavo E. Mendonça
Ortopedia / Cir. Quadril
CRM-PB 6386 / RCT 13230

28/08/2015 01





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: () MASC. () FEM.	COR: () B () P () A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENFERMEIRO:
DADOS CLÍNICOS: <i>Rx não é APLO</i>					
MATERIAL A EXAMINAR: <i>Rx joelho direito AP 1x</i>					
EXAMES SOLICITADOS:					
<p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Dr. Gustavo F. Mendonça Ortopedia / Cir. Quadril CRM-PB 6796 / TEOT 13240</p> <p>CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO</p>					





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sede do Hospital



GOVERNO
DO ESTADO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N - CNES: 454648 - Tel.:

Número da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 855164



Identificação do paciente				Data e Hora Prevista 31/07/2016 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 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 705003660838869		
Endereço					
CEP 68037313	Município de residência JOAO PESSOA		Logradouro Santa 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					

QUEIXA PRINCIPAL:

H.D.A.: PO (23 dias) fratura plav. tibial.

EXAME FÍSICO: FO de bom aspecto

EXAMES COMPLEMENTARES: RX

DIAGNÓSTICO: fratura plav. tibial em
condilóteo

CID:

CONDUTA: orientações / Retirar pontos

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedia / Cir. Quadril
CRM 6786 / TEOT 13240

31/07/2016 16:31

UNIVERSIDADE
BRASILEIRA



3257622 BE.: 848051
EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS C
DT. NASC.: 17/04/1984
RAE: FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS

END.: Cantora Maria da Glória Gouveia
N. 114 - Jardim Oceania
JORD PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (63) 998170448
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 encaixado ☐ 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 acidente carro x moto. Apresenta-se consciente, orientada, com ulcera arterial e prancha rígida. Avaliada pelo enfermeiro geral que orientou retirada da prancha e do ulnar. Aguarda exames.

Sônia Lúcia de Sá
Enfermeira
COREN-PA 234435

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREM:

F(NG).ENF.022-1





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:	Edilberto Emanuel de Freitas			Registro:	84805-1		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:		
Data:	Cirurgião:		1º Assistente:				
08/07/15	Dr. Roberto Almeida		Dr. Almeida				
2º Assistente		3º Assistente		Instrumentador:			
R2 - Bianca							
Anestesiologista:		Tipo de Anestesia:		Hora início:		Hora término:	
Dr. Renan							

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	Descreva:
1º sim 2º não	
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

Ass. do Médico / CRM
CRM-PB 8087

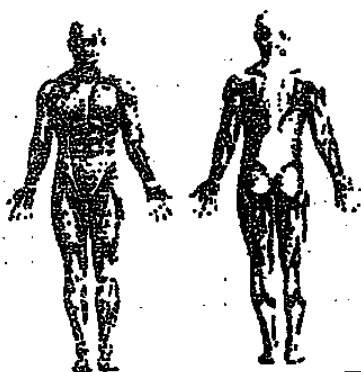


EXAME SECUNDÁRIO

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 Injúria Nervosa |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empetimento | 26 Mordedura |
| 9 Efusão subcutânea | 27 Movimento tônico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encaixado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Parálise |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Parestesia |
| 14 F. Contuso | 32 Parosteia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinite |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Grau de queimadura:

☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1	AV. [illegible]		
2	[illegible]		
3	Radiografia evidenciando fratura		
4	[illegible]		
5	Tramadol 100mg + 100mg LSP 99% EV 0,5g		
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de

Solicito parecer de

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Óbito☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A reavalia☐ Desistência☐ Família☐ JIML☐ SVC

ASSIN

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).C. 001-1



Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 09/11/2018 12:22:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110912211557600000017228531

Número do documento: 18110912211557600000017228531

NCR

30/08/13

9:22

Prévia médica de acidente de
trabalho. Sem fôto da Camisinha
militar. Mga Camisinha

Ortopedia

Paciente com
fratura de fêmur
Proximidade da articulação
acromioclavicular
motricidade

Sobito TC de
joelho por evolução
exacerbada de dor
e melhora de sintomas

Cl: Sobito TC joelho D

Dr. Roberto Lima Onofre
CRM: 13/5829

Psicologia 30/08/2013.
Paciente, no momento, consciente,
orientada, memória preservada, pensamento
claro, sem alterações, aguardando avaliação
da ortopedia.
Observação: Paciente psicológico receando
suporte emocional.

Dr. Roberto Lima Onofre
Psicólogo
CRM: 13/5829

→ Ao exame =
• Glorioso 15
• Sem dor local
• Reflexos normais
• Estabilidade
• Sem dor cervical

→ TC de C6-C7 =

{ Curvatura de T12
• Sem alteração visível na
lombo-cervical

→ Hdx =

• TCC leve

{ Cefaleia de NCC
• Com alterações de
ORTOPEDIA

Ortopedia:

Emerson Magno de Andrade
NEUROCIQUIATRIA
CRM: 13/5829

Paciente vítima de acidente
de trabalho com dor no fêmur
e joelho D com evolução
exacerbada de dor e melhora de
sintomas. Paciente com boa
motricidade. Proximidade da articulação
acromioclavicular. TC. Tumor Intra-articular
na articulação do joelho D.
Paciente com dor no fêmur D.

Exame: - Tm Intra-articular
11/12/13
- Tm TCC leve 11/12/13
- Observação: (NCC de
B.O. Oculomotora).

Dr. Bruno Guedes Wanderley
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 7940-CPE: 004.585.844.78

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Levante em DD, com anestesia
 Anestesia e Antissepsia
 Preparação de campo cirúrgico Estéril

Incisão:

Incisão Interal e medial joelho D

Achados:

Lesão ligamentar anterior D

Conduta:

- Drenagem por plavac

→ - Diagnosticamente

→ - Redução da fratura com uso de radiografia

- Fixação com placas tipo L com 3,5 de 8 furos, placa DDD de 8 furos em L de 8 furos, para fixar os tendões e espinhos, sob uso de radiografia

- Hemostasia

Fechamento:

- Sutura por plavac

- Curativos assépticos

Observação:

- Rx de controle

Data, João Pessoa 08 de 07 de 11

Assinatura/carimbo

Roberta Lima Onofre
 Médica - ORL Ortopedia
 CRM-PB 8007





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial

HEETSHL

PRESCRIÇÃO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: 31.07.15 Realizado Met de Pontos +
curativo U.S.E.

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

Vandeilca de Lima Silva
Téc. de Enfermagem
CPF: 465.809

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:

Edilene Sacramento de Freitas Gabriel





CRUZ VERMELHA
BRASIL
Cruz Vermelha Brasileira

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DO
PARAIBA

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. Intervenção de Placa Tibial (E) +
fratura de Ceb 5º MT (F)

EXAME FÍSICO:

W seco, sem flegm

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx mto- fratura de 5º MT com
desalinhamento

DIAGNÓSTICO:

Ortomb do crânio de 5º MT, porém a fct
se nega a interm p cirurgia. CID: - - -

CONDUTA:

Ortob 31/05.
Ortob fct alternat

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

25/07/2015 17:32



PRESCRIÇÃO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: 24/07/15

Curativos simples + retirada de pontos
porcel.

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

Ana Cláudia de Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN. PB 431895

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:





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 foto AP + P</i> <i>2x radi AP + D: sem taler</i>					
EXAMES SOLICITADOS: <i>Re pt Taler em gaxafer.</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>					





CRUZ VERMELHA

Cruz Vermelha Brasileira

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.:

Numero 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:

16/07/2015 08:02





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial

HEETSHI

PRESCRIÇÃO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

Realizando curativo no MIO. Fato
higienic com 5% Iod + clorexidina 2% aplica-
do AGC.

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

Lee Enf: Durbe
Carim: 384800.

ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

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

() Tipóia Grande () MI () Aparelho Gessado:

() Tala Gessada: () Veleu 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 85 2986

NOME DO PACIENTE EDILEIDE FRAUCELINA F. CABRAL		IDADE 51	DATA 26/07/18
SEXO: () MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM.	COR: UB () P () A	PESO:	ALTURA:
CLÍNICA: TRAUMATO		ENF./LEITO:	
DADOS CLÍNICOS: Dr. Henrique E			
MATERIAL A EXAMINAR: RX Joelão D			
EXAMES SOLICITADOS: AD 2P			
<div style="text-align: center;"> CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO</div> <div style="text-align: right;">Dr. Carlos Roberto Pessoa Ortopedia - Traumatologia CRM - PB 651</div>			





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta

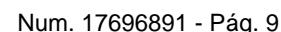


Nome: <u>Cleide Rosalino d. Silva</u>		Registro: <u>10000000000000000000</u>			
Idade: <u>29/06/15</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u>P</u>	Clinica: <u>9967/13</u>	Enf: <u></u>	Leito: <u></u>
Data de admissão: <u>29/06/15</u>		Data da alta: <u>29/06/15</u>			
Diagnóstico inicial: <u>fr. Plôp Tibial</u>					
Diagnóstico final: <u></u>					
Outros diagnósticos: <u></u>					
Principais exames: <u>Rx</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Rafael</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>Dr. Roberto Almeida</u> <u>Dr. Alisson</u>					
Anatomia patológica: <u></u>					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia: <u></u>					
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>superior</u>					
Dieta: <u></u>		Orientações Pós Alta			
Repouso: relativo em casa por, <u>07</u> dias. retorno às atividades sem esforço físico em, <u>07</u> dias. retorno às atividades com esforço físico leve, <u>07</u> dias e com maior em, <u>07</u> 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: <u></u>					
Retorno: Ao posto de saúde em <u>07/07/15</u> para retirada de ponto Ao ambulatório <u>07/07/15</u> em <u>07/07/15</u> para revisão.					
João Pessoa: <u>07</u> de <u>07</u> de <u>15</u>		Ass. Médico CRM <u>10000000000000000000</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





Número do documento: 18110912214246600000017228542





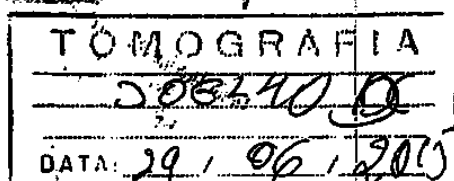
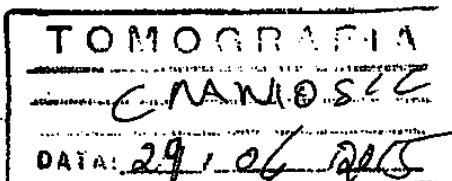
O, 0 - CNES: 123312 - Tel:

imento Emergencial: 848061

RxTC

Identificação do paciente			
ID 912179	Nome EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL	Sexo Feminino	
Data de nascimento 17/04/1984	Idade 31 anos 2 meses 12 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS	Pai ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 983170449	DDD Fixo	Fone 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 5807313	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Cantora Maria da Glória Gouveia de Vasconcelos
Número 114	Complemento APT 102	Bairro Jardim Oesania	
Admissão			
Data e Hora Prevista 28/08/2015 21:55:45	Número da pulseira 3257622	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo de atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso potencial NÃO	Plano de saúde NÃO	Veto de ambulância Sim	Trauma NÃO
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Dados clínicos	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Diagnóstico			
Atendido por ADEIKSON CARLOS ALVES DE MORAIS			

Serapilheira
①
0810H
NS/
PC/OK
FIA
Rox - (A)
pulsação
(OK)



Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Paciente vítima de Acidente,
sem ferimentos, sem pulso e
respiração. Relato de fratura de costelas
esq.*

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

☐ Patentes ☐ Obstruídas

ARÉAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1. MURMÚRIO VESICULAR

☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

2. RUÍDOS

☐ Sim

☐ Não

HTD - Roncos

Sibilos

Estertores

HTD - Roncos

Sibilos

Estertores

FR: ☐ Imp ☐ Norm ☐ %

DEFEIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotoreagente

☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (côrreos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Esponânea	4	5
A solicitação verbal	3	4
Ao contínuo estímulo	2	3
Nenhuma	1	2
		1
TOTAL:		

F(NG).CC.001-1



Laudo nº: 03.01.06.102415.0001



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 Fernando Luiz Henrique dos Santos, 75 - João Pessoa
João Pessoa - PB - CEP: 56027-020 - Fone: (33) 3333-4800
www.decarlinto.com.br
Título: Sérgio Altavoz

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:21
Josivando Carlos - Escrevente
[2015-135030] EMOL:R\$ 1,94 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>





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 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



Rua Fernando Luiz Henriques dos Santos, 75 - Jardim Oceário
João Pessoa - PB - CEP: 51017-000 - Fone: (33) 3259-0800
www.decarlinto.com.br

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 29/09/2015 09:51:27
Odilon Barbosa de Oliveira - Escrevente
(2015-117539) EML:R\$ 1,94 FAREN:R\$ 0,23 FERI:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
SELO DIGITAL: ACBC/368-15C6
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 09/11/2018 12:22:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110912215052500000017228549>

Número do documento: 18110912215052500000017228549



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

Dr. Francisco de Paz G. A. Borbo

203138
1782
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. - Região
Médico Perito





HOSPITAL 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 laborativas 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)
033.006188
CRM 6786/RS

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



Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital

Av. João Machado, s/n, Centro, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58.013-520
Tel.: (83) 3208-2495; e-mail: jpa.17varacivel@tjpb.jus.br

Nº do Processo: 0863969-46.2018.8.15.2001

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assuntos: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DOS AUTOS

Certifico e dou fé que nesta data faço os autos conclusos para apreciação deste MM Juízo.

João Pessoa, 13 de novembro de 2018

THIAGO GOMES DUARTE
Chefe de Cartório





Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0863969-46.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita.

Trata-se de ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

Cumpra-se

João Pessoa, data definida no sistema

Juiz(a) de Direito



Anexo em PDF.



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA
CÍVEL DA CAPITAL - PARAÍBA.

Processo n.º 0863969-46.2018.8.15.2001

EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL, já devidamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, que contende com **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A**, vem, à presença de V. Exa., através de sua advogada infra assinada, apresentar emenda/aditamento à inicial para constar que:

I. DOS FATOS

Conforme narrado na Petição Inicial (ID 17696092), no dia 29/06/2015, a autora sofreu lesão de acidente de trânsito, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena/PB, onde evidenciou-se, segundo laudos médicos em anexo, fratura da tíbia proximal direita e fratura do 5º metacarpiano esquerdo (CID 10 – S62.3 + S82.1), sendo obrigada a passar por cirurgias e colocação de próteses.

Com efeito, a autora permaneceu em tratamento até Janeiro/2018, estando, atualmente, com debilidade permanente na mão esquerda (grau de invalidez: 80%) e joelho direito (grau de invalidez: 50%), possuindo dores locais, limitação dos movimentos e diminuição da força muscular, conforme prova em anexo (ID 17696117).

Destarte, o termo inicial do prazo prescricional da pretensão destinada à perseguição da indenização originária do seguro obrigatório é a data em que a vítima tem ciência inequívoca da sua incapacidade permanente (ou seja, *in casu*, Janeiro/2018), revestindo-se de legitimação para perseguir a cobertura securitária, e não a data do evento que redundara na sua incapacidade, pois, conquanto dele tenha derivado a incapacitação, não traduz

João Pessoa-PB: Av. Almirante Barroso, 600, sala 903, Ed. Villa Empresarial, Centro
Mamanguape-PB: Rua Francisco Araújo, 35, Centro, CEP 58280-000
Fone: (83) 996825221(VIVO), 987142159(OI), 91325995 (CLARO), 999188844(TIM)
E-mail: robertaonofre@gmail.com



o momento em que fora aferido e atestado o fato gerador do direito (STJ, súmula 278; REsp nº 1.388.030-MG).

A vítima sofreu invalidez máxima da mão esquerda (grau de invalidez: 80%) e invalidez média do joelho direito (grau de invalidez: 50%). Como houve mais de um membro afetado, deve-se somar os percentuais: 80% + 50% = 130%. Todavia, a soma ultrapassa o limite máximo de 100%, portanto não serão considerados os 130% e sim o limite máximo de 100%.

Dessa maneira, a parte autora tem direito ao recebimento do Seguro DPVAT, tendo em vista, que a redução funcional dos membros afetados e descritos acima (invalidez permanente) correspondem ao valor do teto correspondente a R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, segundo relatórios médicos acostados em anexo.

Nesse sentido, **a autora teve, ainda, que realizar despesas de assistência médica e suplementares, conforme comprova documentalmente em anexo, desembolsando o valor de R\$ 527,69 (quinhentos e vinte e sete reais e sessenta e nove centavos).**

Assim, a mesma procurou a Promovida, na via administrativa, com a finalidade de obter o ressarcimento, todavia fora negado pela empresa ré, vejamos sinistro:

João Pessoa-PB: Av. Almirante Barroso, 600, sala 903, Ed. Villa Empresarial, Centro
Mamanguape-PB: Rua Francisco Araújo, 35, Centro, CEP 58280-000
Fone: (83) 996825221(VIVO), 987142159(OI), 91325995 (CLARO), 999188844(TIM)
E-mail: robertaonofre@gmail.com



Documentos Despesas Medicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO
Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados
Informações Gerais

ACOMPANHE O PROCESSO
Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

prazo para emissão do parecer final e de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180470238 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL
COBERTURA DAMS
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MBM
SEGURADORA S/A #772
BENEFICIÁRIO EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL
CPF/CNPJ: 33589720468

Posição em 18-12-2018 14:00:59
Verificamos que seu pedido de indenização foi feito após o prazo estabelecido em lei para dar entrada no seguro DPVAT e, por esse motivo, seu processo foi negado, conforme carta abaixo enviada para seu endereço.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
10/10/2018	Aviso de Sinistro	↓
10/10/2018	Exigência Documental	↓

Portanto, instruída de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm a requerente direito à indenização, bem como ao ressarcimento das despesas médicas e suplementares. Portanto, a Autora busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de seus direitos.

II. DO DIREITO

1. Do Ressarcimento das Despesas Médicas e Suplementar

Indenizações em caso de despesas de assistência médica e suplementares comprovadas documentalmente, não de ser admitidas, uma vez que resta claro, conforme preceitua o artigo 3º, III c/c artigo 5º, ambos da Lei 6.194 /74, que basta a simples prova do acidente e do dano decorrente para que a indenização seja devida.

João Pessoa-PB: Av. Almirante Barroso, 600, sala 903, Ed. Villa Empresarial, Centro
Mamanguape-PB: Rua Francisco Araújo, 35, Centro, CEP 58280-000
Fone: (83) 996825221(VIVO), 987142159(OI), 91325995 (CLARO), 999188844(TIM)
E-mail: robertaonofre@gmail.com



No presente caso, a autora comprova as suas despesas conforme recibos e notas fiscais em anexo, totalizando o importe de **R\$ 527,69 (quinhentos e vinte e sete reais e sessenta e nove centavos)**.

Ademais, o dever indenizatório se estabelece na data do efetivo desembolso das despesas médicas, a partir do qual a correção monetária deve ser contada (Inteligência que se faz da Súmula nº 43 do STJ).

III. DO VALOR DA CAUSA

Dá-se a causa o valor de **R\$ 23.386,74 (vinte e três mil, trezentos e oitenta e seis reais e setenta e quatro centavos)**, para fins jurídicos e fiscais.

IV. DO REQUERIMENTO

Isto posto, **requer**:

- a) O deferimento da presente Emenda/Aditamento à Inicial, visto que não houve a apresentação da Defesa pela Promovida, e nem qualquer tipo de manifestação, haja vista inexistência de citação;
- b) Requer seja a presente ação julgada **TOTALMENTE PROCEDENTE** quanto aos seguintes títulos:
 - b.1) **Requer o ressarcimento das despesas médicas e suplementares comprovadas, no importe de R\$ 527,69 (quinhentos e vinte e sete reais e sessenta e nove centavos), com os devidos acréscimos de correção monetária (na data do efetivo desembolso) e juros de mora, totalizando R\$ 875,01.**
- c) **Requer a alteração do valor da causa** nos presentes autos, dando-se o importe de **R\$ 23.386,74 (vinte e três mil, trezentos e oitenta e seis reais e setenta e quatro centavos)**, para fins jurídicos e fiscais.

João Pessoa-PB: Av. Almirante Barroso, 600, sala 903, Ed. Villa Empresarial, Centro
Mamanguape-PB: Rua Francisco Araújo, 35, Centro, CEP 58280-000
Fone: (83) 996825221(VIVO), 987142159(OI), 91325995 (CLARO), 999188844(TIM)
E-mail: robertaonofre@gmail.com



d) Renova os pedidos contidos na Petição Inicial ID 17696092.

Nestes termos, pede deferimento.

João Pessoa – PB, 18 de dezembro de 2018.

ROBERTA ONOFRE RAMOS

OAB/PB 13.425

RAFAELA LIMA MOURA ARAÚJO

Estagiária

João Pessoa-PB: Av. Almirante Barroso, 600, sala 903, Ed. Villa Empresarial, Centro
Mamanguape-PB: Rua Francisco Araújo, 35, Centro, CEP 58280-000
Fone: (83) 996825221(VIVO), 987142159(OI), 91325995 (CLARO), 999188844(TIM)
E-mail: robertaonofre@gmail.com





EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A

CGC: 06.626253/0088-02 JOAO PESSOA - PB-

LOJA 88 BESSA I

TELEFONE 3214-9227

RECIBO

R\$ 41.25

Recebemos de Edileide Francisco de Freitas Cabral

A importância de R\$ QUARENTA E UM REAIS E VINTE CINCO CENTAVOS.

referente a COMPRA DE MEDICAMENTOS

JOÃO PESSOA 23 de Agosto de 2015

Av. Argemiro de Figueiredo, 1491 - Bessa

CEP 58037-030

Pessoa - Paraíba

PL 16.119.333-1

REV 00

ESTE DOCUMENTO É DE USO EXCLUSIVO INTERNO DE EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
O DOCUMENTO É DE USO EXCLUSIVO INTERNO DE EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A

EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S/A
FARMACIA PAGUE MENOS
RUA ARGEMIRO DE FIGUEIREDO, 1491 FONE 3214-9228
CEP 58037-030 - JARDIM OCEANIA - JOÃO PESSOA - PB
CNPJ: 06.626.253/0088-02
IE: 16.119.333-1
23/08/2015 21:17:53 CCF:146786 CCO:261833

CUPOM FISCAL

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QTD.	UN.	VL UNIT(R\$)	S1	VL ITEM(R\$)
1	0748945110720	SUPER CARLIC 011 1500MG CPD/100 VG	De:	36,59	Por:	34,85	
		1 CX x 34,85				F1	34,85
2	7891106004213	ASPIRINA 500MG ADULTO ENV CPD/10	De:	6,96	Por:	6,40	
		1 EV x 6,40				F1	6,40
TOTAL R\$							41,25
CARTÃO							41,25

(VISA ELECTRON)
MO-5: E228C557F164631284W307037597177D
Irto aprox R\$: 12,43 Federal e 0,00 Estadual
Fonte: IBPT
VISA-498453-7379-10/20
POS-41159783 DOC-003814 AUT:278107
VENDA A DEBITO
VOCE ECONOMIZOU: R\$ 2,30

ECF-IF VERSÃO: 01.00.05 ECF: 018
OPR: 34238 VEN: 45985
ZYPHVVRYEY 23/08/2015 21:19:15
FAB: SMO3130000000039306



Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 18/12/2018 13:12:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121813114607600000017929632>

Número do documento: 18121813114607600000017929632

RECIBO

Nº

R\$ 78,43

Recebi(emos) de Deleide Francelino de Freitas Cabral
a quantia de

Setenta e Nito Reais e Quarenta e Três Centavos

Correspondente a

Procuração, Diligência e cópias autenticadas
e para clarez afirmo(amos) o presente.

João Pessoa-PB, 04 de Julho de 2015.




CARTÓRIO
MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial - 5º Ofício

CNPJ 08.323.172/0001-08
MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial 5º Ofício
Av. Pres. Epitácio Pessoa, 416
Torre - CEP 58040-00
João Pessoa - PB

Av. Epitácio Pessoa, 416 - Torre - CEP: 58040-000 - Telefax: (83) 3244.8000 - João Pessoa-PB



Nº 030193

RECIBO

R\$ 89,90

Recebi(emos) do(s) Sr.(s) Edileide Francelino de F. Cabral
CPF. 335897204-68

a quantia oitenta e nove reais e noventa centavos

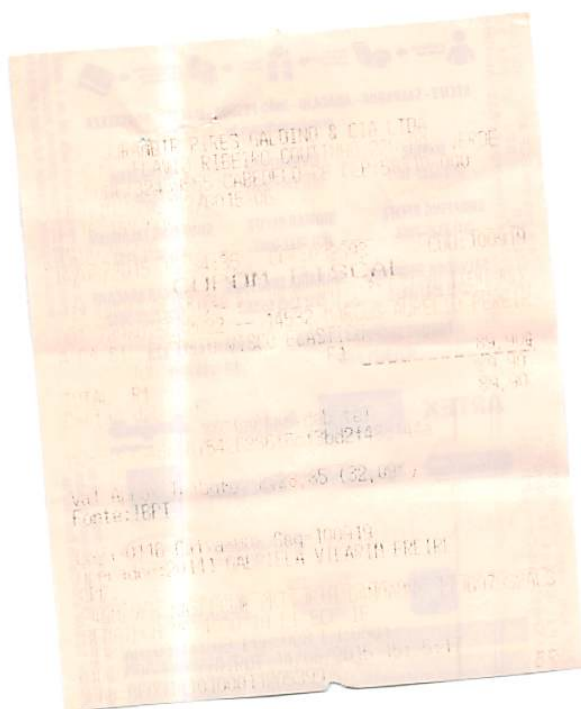
Rua: Maria da Glória G. Vasconcelos N: 114 AP: 102 Jardim

do que passamos o presente: Coo: 100919 cx: 08 Geomia.

Recife, 14 de Agosto de 20 15

Caroline Belormino Ferreira

Por JURANDIR PIRES GALDINO & CIA.



TRAVESSÃO PARA AS COSTAS



Carrefour
JPE



RECIBO

1ª VIA (BRANCA)
2ª VIA (ROSA)
3ª VIA (AMARELA)
4ª VIA (JORNAL) - Fixa

CARREFOUR COM. E INDÚSTRIA LTDA.

C.A.E - 94717-2

Rua Bacharel Irenaldo de Albuquerque Chaves s/n - Beça

CEP 58036-460 - Fone: (83)3216 - 8300

INSC. EST.: 16.144.555-1 - CNPJ: 45.543.915/0300-99

João Pessoa - PB

Nº 2566

RECEBEMOS DE EDILSONE FRANCHEIRO DE F. CABRAL

A IMPORTÂNCIA DE R\$ 105,55 (Cento e cinco reais e cinquenta e cinco centavos).

REFERENTE A COMPRA DE MEDICAMENTOS.

[] - DINHEIRO [] - CARTÃO CRÉDITO ☒ - CARTÃO DÉBITO [] - CHEQUE [] - TICKET ALIMENTAÇÃO

JOÃO PESSOA, 09 de julho DE 2015

CARREFOUR COM. E IND. LTDA.

Jer de Siqueira



Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 18/12/2018 13:12:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121813114607600000017929632>

Número do documento: 18121813114607600000017929632

Nº	R\$ 46,56
----	-----------

Recebido de Cabral e do(s) Sr.(s) Edileide Troncelino de Freitas
Endereço Rua da Glória de Vasconcellos
114, Ap: 102, Jardim Oceania
a importância supra de R\$ Quarenta e seis reais e
cinquenta e seis centavos
referente à compra de medicamentos

peço que para maior clareza firm o presente.

EMITENTE	40.027/0030-861
ENDEREÇO	ALBUQUERQUE DE FREG. FARM. LTDA.
CNPJ / CPF / RG	Presidente Epitácio Pessoa, 800
LOCAL E DATA	Terra - CEP: 60.619-010
GRAFSE	ASSINATURA JOÃO PESSOA JR.

8.7. 04/07/2015
 Aushia Nunes 901153

NEX DESTABILIZADORA

NEX DESTABILIZADORA DE PRODUTOS FARMACOLÓGICOS LTDA
AV PHS EPITÁCIO PESSOA, 300 - JARDIM DAS ESTÂNCIAS
CEP: 68036-001 JOÃO PESSOA - PB
CNPJ: 09.646.827/0000 95 I.E.: 16.206.962-0
IN: 11734-2

04/07/2015 17:18:21 CCF=133710 COD=196673

CUPOM FISCAL

TÍTULO DO BEM: QTD UNID: VAL UNIT: R\$ ST APT VAL TÍTULOS
001 0002-A TRANSFERIR R\$21 IRR F1 46,56A

TOTAL R\$ 46,56

Cartão 46,56

ND 95-14368/13836/21679(9,30%42,38)92CD
VAL APÓRIDA TRIBUTOS R\$12,25 (26,33%) FONTE: 1894
***** CARTÃO GERÊNCIA *****

S1676 MODELO PBS
VERSÃO 2.4

009 DREJA 2969A 000063 96 E6E026 E6D06 29E3F 0H2
GRUPO AUTOMAÇÃO MACH 1
ECF-IF VERSÃO-01.00 00 ECF-002 L1-0030
F000098866.H001.ppt 04/07/2015 17:19:69
EAB-DN031,BRO00000 31618

NEX DESTABILIZADORA
NEX DESTABILIZADORA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS Lda
AV PRES. EPITACIO DE PESSOA, 230 CAMPO DAS ESTRELAS
CEP:53030-001 JOAO PESSOA - PB
(081) - 09.606.327/0003-05 E: 16.306.567-0
IN: 11734-2
04/07/2015 11:19:13 GRF:060607 (00)1966/4
COC:0042

HÃO É DOCUMENTO FISCAL
 COMPROVANTE CREDITO DO DEBITO
Cartão
 1ª VIA
 CBO do documento vinculado: 196623
 Valor da compra R\$ 46,56
 Valor do pagamento R\$ 46,56
 REDE
 VISA ELECTRON
 COMPROV: 74673356 VALOR: 46,56
 ESTAB:041773098 B16 BEN EP11ACIO 1
 04.07.15-16:54:27 TERM:P06112,5/040044
 CARTAO: xxxxxxxxxxxx7379
 AUTORIZACAO: 160863
 ARQC:3FED471CC311BE20
 TRANSACAO AUTORIZADA MEDIANTE
 USO DE SENHA PESSOAL

[illegible][illegible]

Onofre Ramos Advogados

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA
CAPITAL – PARAÍBA.

Processo n.º 0863969-46.2018.8.15.2001

EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL, já devidamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, vem, à presença de V. Exa., através de sua advogada infra assinada, requerer o cumprimento do Despacho ID 17797521, com a consequente realização de intimação/citação da parte Ré.

Nestes termos, pede deferimento.

João Pessoa – PB, 14 de fevereiro de 2019.

-

-

ROBERTA ONOFRE RAMOS

OAB/PB 13.425

