

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](mailto: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, Dpvat, 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 - 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 Glória 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 convededor 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.

Edileide Francelino de Freitas Gobr. D
Declarante





Receituário Médico



HEETSHL

LAUDO MÉDICO

A paciente Edileide Francelim de Freitas Cabral, foi vítima de acidente de trânsito em 2015, sofreu ferimentos C1D - S62.3 + S82.1, resultando nas sequelas, após tratamento até 01/2018, inclusive com várias cirurgias, estando atualmente com debilidade permanente em mãos e joelhos D, com perda de cerca de 80% na 1^a e 50% na 2^a membro afetado, com dores locais, limitação dos movimentos e diminuição da força muscular.

Data: 01/11/18

Dr. Euzebio V. Teixeira
Ortopedia
CRM PB 2516
Médico - CRM

F(NG).CC.002-1









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 Deusdeddit 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.

Edileide Francelino de Freitas Cabral

Notificante

Fabricio, Leito

Policial Civil



Rua Fernando Luiz Henrique dos Santos, 73 - Jardim Oceania
João Pessoa - PB - CEP: 58020-000 - Fone: (83) 3222-1000
www.decarlinho.com.br | decarlinho@decarlinho.com.br
Titular: Sérgio Albuquerque

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

João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:21

Josivando Carlos - Escrivente

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

SELO DIGITAL: AC183965-NBMC

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





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

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

Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Controle do 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

VERSAO DO CONDUTOR 01

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

CONDUTOR 02

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

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

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

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

VEÍCULO 02

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

Nome do Proprietário
Edileide Francelino de Freitas

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

Defeitos
Nada constatado

VERSAO DO CONDUTOR 02

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



Rua Fernando Luiz Henrique dos Santos, 75 - Jardim Olaria
João Pessoa - PB - CEP: 58037-050 - Fone: (031) 3300-0200
www.decarlinto.com.br - E-mail: decarlinto@bol.com.br
Titular: Sérgio Albquerque



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunha da verdade.
João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:22
Josivando Carlos - Escrevente
[2015-135033] EMOL:R\$ 1,94 FAPEN:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
SELO DIGITAL: ACI183967-WX98
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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

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

João Pessoa - PB, 24 de Julho de 2015.

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

EM: 15/08/2015


Assinatura

Antonier Atila Silva Genuino Batista
 Antonier Atila Silva Genuino Batista SD PM

Responsável pelo Levantamento



Rua Fernando Luiz Henrique dos Santos, 75 - Jardim Oceania
 João Pessoa - PB - CEP: 58037-050 - Fone: (83) 3216-6500
www.decarlinto.com.br 
 Titular: Sérgio Albuquerque

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi
 apresentado. Em testemunho da verdade.
 João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:24
 Josivando Carlos - Escrivente
 [2015-135035] EMOL:R\$ 1,94 FARPE:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
 SELO DIGITAL: ACI83969-08YP
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 09/11/2018 12:22:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110912065510700000017227887>
 Número do documento: 18110912065510700000017227887

Num. 17696210 - Pág. 3



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



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

AMARRAÇÕES

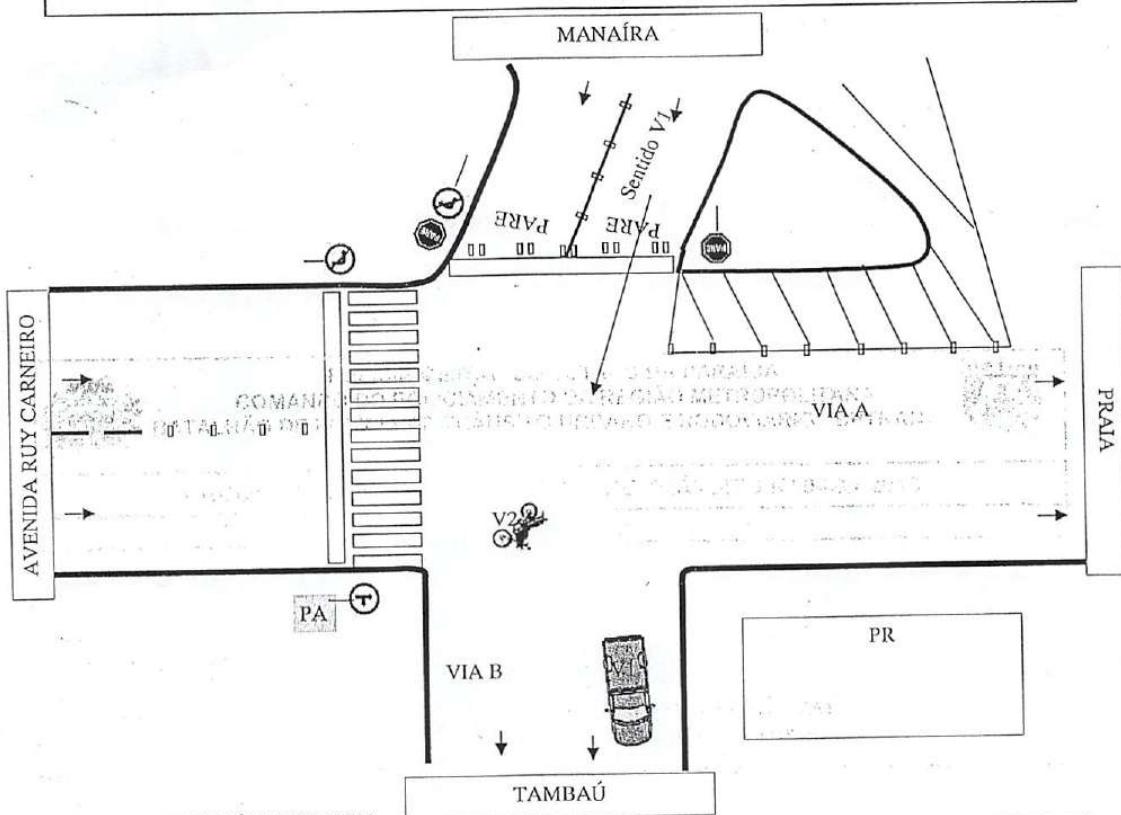
VIA "A" - Avenida Nego 11,00metros

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

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

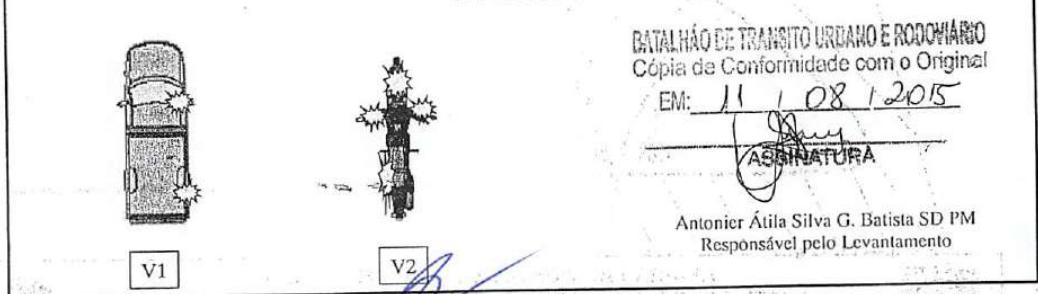
V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 11.30 e Traseiro Direito 10.00 metros para (PA)

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



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBDECE ESCALA

A V A R I A S



Antônio Átila Silva G. Batista SD PM
Responsável pelo Levantamento



Rua Fernando Luiz Henrique dos Santos, 75 - Jardim Oceania
João Pessoa - PB - CEP: 58037-050 - Fone: (83) 3288-8010
www.decarlinho.com.br



Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se tornou apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 13/11/2015 15:37:23
Josivando Carlos - Escrivente
[2015-135034] EMDL:R\$ 1,94 FARPN:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
1 DIGITAL: ACI83968-UVFB
fira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 09/11/2018 12:22:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110912065510700000017227887>

Número do documento: 18110912065510700000017227887

Num. 17696210 - Pág. 4

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido
o(a) Sr.(a) Edilene de 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 / TEOF 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
EDILEIDE FRANCÉLINO DE FRESTAS CABRAL		838651	
1.3	Lotação	1.4	Cargo
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO			
1.5	Local de exercício	1.6	Classificação funcional
1.7	Endereço p/ correspondência	1.8	Telefone
Rua Comendador Glória G. Vazconcelos, 114 Aptº 102		(83) 988522279/996288145	
CEP 58.037-313 30A PESSOA/PB			
1.9			
<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 Francélimo 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	
<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



Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 09/11/2018 12:22:47
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110912205869400000017228521
Número do documento: 18110912205869400000017228521

Num. 17696870 - Pág. 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE 2 - CNES 3 - NOME DO PACIENTE 4 - N. DO PRONTUÁRIO 5 - CRITÉRIO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 6 - DATA DE NASCIMENTO 7 - SEXO 8 - RAGAÇOR 9 - NOME DA MAE 10 - TELEFONE DE CONTATO 11 - NOME DO RESPONSÁVEL 12 - TELEFONE DE CONTATO 13 - ENDEREÇO (RUA, N.º, Bairro) 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 15 - COD. IBGE MUNICÍPIO 16 - UF 17 - CEP 18 - CODIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 20 - QTD 21 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 23 - QTD 24 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 26 - QTD 27 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 29 - QTD 30 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 32 - QTD 33 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 35 - QTD 36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO 37 - CID10 PRINCIPAL 38 - CID10 SECUNDÁRIO 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADES 40 - OBSERVAÇÕES	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 19 - CODIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 20 - QTD 21 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 23 - QTD 24 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 26 - QTD 27 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 29 - QTD 30 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 32 - QTD 33 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO 35 - QTD 36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO 37 - CID10 PRINCIPAL 38 - CID10 SECUNDÁRIO 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADES 40 - OBSERVAÇÕES	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S) 41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 42 - DATA SOLICITADA 43 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE DR. Gustavo F. Mendonça DR. GUSTAVO F. Mendonça CRM-MG 6538 - TEC011300 Ortopedista / Cir. Geral 44 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR DR. Geraldo S. Guedes DR. GERALDO S. Guedes CRM-MG 6538 - TEC011300 Ortopedista / Cir. Geral 45 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - COD. RG/CD EMISSOR 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE DR. Geraldo S. Guedes DR. GERALDO S. Guedes CRM-MG 6538 - TEC011300 Ortopedista / Cir. Geral 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) 52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
SOLICITADO AUTORIZADO	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE / SOLICITANTE 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE 2 - CNES 3 - NOME DA SOLICITANTE 4 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APAC) 5 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC 6 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 7 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
DETALHAMENTO DE SAÚDE / EXECUTANTE 1 - NOME DA SOLICITANTE 2 - CNES 3 - NOME DA SOLICITANTE 4 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	

Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 09/11/2018 12:22:47
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110912205869400000017228521>
Número do documento: 18110912205869400000017228521

Num. 17696870 - Pág. 3



Reccituário Médico



Pavente - Edélcio Franclino de
Frentos Cabral

Sobato capa do
frontâno de paciente
superior lado

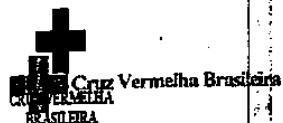
Data: 25/09/15

Item 6+86

Médico - CRM

P(NG).CC.002-1





Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, s/nº CNE: 123912 - Tel:

Número da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 868332

Identificação do paciente				Data e Hora Prevista 26/09/2015 08:18:04
ID 912179	Nome EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL			Sexo Feminino
Data de nascimento 17/04/1984	Idade 51 Ano(s)	Estado civil CASADO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 88842
Mãe FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS			Pai ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA	
Escolaridade MÉDIO COMPLETO			Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988170449		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Cross	Nº Cns 705003660838859	
Endereço				
CEP 58037313	Município de residência JOAÇA 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 tubal (76 dias)
+ fratura 5º inc e

EXAME FÍSICO:

fo de bon aspecto

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx

DIAGNÓSTICO:

Fratura carótida

CID:

CONDUTA:

Orientation, Biópsia
Cetiga parcial

Assinatura: 25/09/2010

5 03:26



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Ficha de Atendimento Ambulatorial

REFISHL

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 RADIOGRÁFIÇO:

Local: _____ Lado do Corpo: Direito Esquerdo

Incidência: Antero - Posterior Postero - Anterior Perfil Especial

Assinatura e Carimbo: _____

DESTINO DO PACIENTE:

Residência Enfermaria Observação

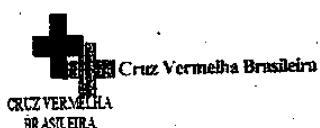
Óbito Retorno Ambulatorial Alta Ambulatorial

Data de Retorno: _____

Assinatura do Médico e Carimbo: _____

40vez

Ficha de Atendimento Ambulatorial



Ficha de Atendimento Ambulatorial

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



HEETSHL

Número da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 861686

Identificação do paciente

Data e Hora Prevista:
28/08/2015 09:25:23

ID 912179	Nome EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL			Sexo Feminino
Data de nascimento 17/04/1984	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 888170449	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 de Glória Gouveia de Vasconcelos
Número 114	Complemento APT-102	Bairro Jardim Oceania
Atendido por ROSANGELA MARIA LUCENA DE OLIVEIRA		Número da pulseira 383253

Motivo do atendimento
RETORNO - ORTOPEDIA

QUEIXA PRINCIPAL: *50º DPO fratura plato tibial*
direito + fratura 5º mês

P.D.A:

EXAME FÍSICO: *FO de boa expe*

EXAMES COMPLEMENTARES: *RT*

DIAGNÓSTICO: *fratura em consolidação*

CID: _____

CONDUTA: *orientação / fisioterape*
Retorno

28/08/2015 0:

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedista Cir. Quadril
CRM-PB 023867 TECT 13240



Ficha de Atendimento Ambulatorial

PRESCRIÇÃO: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: _____

Assinatura e Carimbo da Enfermagem: _____

ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL: _____

Assinatura e Carimbo da Enfermagem: _____

PROCEDIMENTOS: Curativo Pequeno Médio Grande

Tipóia Grande MJ Aparelho Gessado: _____

Tala Gessada: _____ Velpu em Crepom

Retirada de Pontos Tala Metálica Outros: _____

EXAME RADIOGRÁFICO:

Local: _____ Lado do Corpo: Direito Esquerdo

Incidência: Antero - Posterior Postero - Anterior Perfil Especial

Assinatura e Carimbo: _____

DESTINO DO PACIENTE:

Residência Enfermaria Observação

Óbito Retorno Ambulatorial Alta Ambulatorial

Data de Retorno: _____

Assinatura do Médico e Carimbo: _____



REQUISIÇÃO DE EXAMES



REQUISIÇÃO DE EXAMES

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		Edileide Francisco		IDADE:	DATA:
SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENFERMEIRO:
() MASC. () FEM.	() B () P () A				28/08
DADOS CLÍNICOS:					
Rx naõ e AP 10					
MATERIAL A EXAMINAR:					
rt joelho direito AP 10					
EXAMES SOLICITADOS:					
<p><i>[Handwritten signature of Dr. Gustavo F. Mendonça]</i></p> <p>Dr. Gustavo F. Mendonça Ortopedia / Cir. Quadril CRM-PB 5706 / TECOT 13240</p> <hr/> CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO					





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA
Cruz Vermelha Brasileira

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Samuel Herculano Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Número da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 855164



Identificação do paciente				Data e Hora Prevista 31/07/2015 16:17:38
ID 912179	Nome EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL			Sexo Feminino
Data de nascimento 17/04/1964	Idade 51 Ano(s)	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 88842
Mãe FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS				Pai ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA
Escolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988170449		DDD Fxto	Fone Fxto
Tipo documento NAO INFORMADO		Número documento	Cross	Nº Cns 705003660838859
Endereço				
CEP 58037313	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: _____ *P.O (23 d/s) fratura plato fibial.*

EXAME FÍSICO: _____ *fo de bon aspecto*

EXAMES COMPLEMENTARES: _____ *RX*

DIAGNÓSTICO: _____ *Fratura plato tibial e
consabogas*

CID: _____

CONDUTA: _____ *Orientações / Retirar partes*

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedia / Cir. Quadril
CRM-PB 6766 / TECR 13240

31/07/2015 16:31



VERMELHA
BRASILEIRA

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

END.: Cantora Maria da Glória Gouveia
N. 114 - Jardim Oceanía
JORN. PESSOAL
FONE: (11) 988170449
CELULAR: (11) 988170449
IDADE: 51
DT. ENTRADA:
DATA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

PROCEDÊNCIA: Domicílio Ambulância de resgate Ambulância SAMU Policia

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 Lacerção Queimadura
 Mordedura Objeto encravado Ferimento contínuo Amputação membro Outros:

LOCAL DA LESÃO: Membros sup. Membros inf. Tronco Cabeça e pescoço Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SITOMAS: / /

EXAME FÍSICO	PA:	/ mmhg	P:	bpm	SpO2:	Tax:
Sistema Neurológico:						
Nível de Consciência:	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado		
Avaliação das pupilas:						
	Simetria:	<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Tamanho:	<input type="checkbox"/> Midriase		
		<input type="checkbox"/> Anisocônicas		<input type="checkbox"/> Miosc		
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea	<input type="checkbox"/> Vias aéreas périvas			
	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Respiração rápida	<input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas			
	<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo	<input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> Pulso ausente	<input type="checkbox"/> Pele fria e úmida	<input type="checkbox"/> Perfusion tissular satisfatória			
	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Perfusion tissular comprometida			
	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Outros:				
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> HDA	<input type="checkbox"/> Uso de SNG	<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial		
	<input type="checkbox"/> HDB		<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda		
	Outros:		<input type="checkbox"/> Rigidex abdominal	<input type="checkbox"/> Distensão abdominal		
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Distíria	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> 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 nessa unidade trazida pelo SAMU, vítima de colisão carro x moto. Encontra-se consciente, orientado com voz clara e marcha rígida. Atendida pelo enfermeiro geral que orientou retirada da mola e do colar. Aguarda exames.

Sua Letra Firma
Enfermeira
COREN/SP 23/455

DESTINO:

ENFERMEIRO:

CO REM:

F(NG).ENF.022-1



 Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
<i>HTOL</i>				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO		
<i>Edilene Franclino</i>		848052		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
		/ / /		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 11 Fem. <input type="checkbox"/> 13
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO GERAL		23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTDE.
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE.
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE.
<i>3-5</i> 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>Maca em 1.1 aquela com 8 F = 01</i> <i>Parafusos fios fios N = 36 = 02</i> <i>N = 40 = 03</i> , <i>N = 35 = 04</i> , <i>N = 50 = 01</i> <i>PLACAS de CANA de 8 F = 01</i> <i>3-5</i> <i>4,5</i> <i>Parafusos vertical N = 40 = 01, N = 36 = 02</i> , <i>Parafusos</i> <i>vertical N = 50 = 01, N = 80 = 02</i> .				
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		PROFISSIONAL SOLICITANTE 		40. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>08/07/18</i>
41. DOCUMENTO		42. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				
AUTORIZAÇÃO				
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45. CÓD. ORGÃO EMISSOR		46. DATA DA AUTORIZAÇÃO
47. DOCUMENTO		48. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				





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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<i>Edilson Emanuel de Freitas</i>		Registro:	848051		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:	
Data:	Cirurgião:		1º Assistente:			
08/07/10	<i>Dr. Roberto Alencar</i>		<i>Dr. Alencar</i>			
2º Assistente	3º Assistente		Instrumentador:			
<i>R2 - Bucal</i>						
Anestesista:	Tipo de Anestesia:		Hora Início:	Hora término:		
<i>Dr. Pena</i>						

Diagnóstico(s) Pós-Operatório	CID
<i>Entusia fibra proximal</i>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<i>Tetamento ungueal se fazem punções de tais</i>	

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

08 1 07 1 2010

João Pessoa - Data

3º andar - Dr. Henrique Melo
CRM-PB 8037
Ass. do Médico / CRM

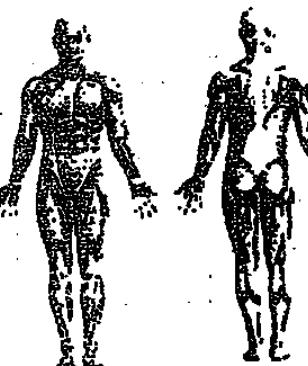


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____
 MEDICAMENTOS: Não Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____
 CATÓLICISMO: 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 | Avispa | 21 | Hematoma |
| 4 | Contusão | 22 | Ingurgitamento Nervoso |
| 5 | Crapulário | 23 | Lacerção |
| 6 | Dor | 24 | Lesão Tendinea |
| 7 | Edema | 25 | Luxação |
| 8 | Empatamento | 26 | Mordedura |
| 9 | Efusão subcutânea | 27 | Movimento torácico paradoxal |
| 10 | Esmagamento | 28 | Objeto Encravado |
| 11 | Equimose | 29 | Otorragia |
| 12 | F. Arma Branca | 30 | Paralisia |
| 13 | F. Arma de Fogo | 31 | Pagésia |
| 14 | F. Contuso | 32 | Parestesia |
| 15 | F. Cortante | 33 | Quimadura |
| 16 | F. Corto-Contuso | 34 | Rinorrágia |
| 17 | F. Perfuro-Contuso | 35 | Sinais de Isquemia |
| 18 | F. Perfuro-Cortante | 36 | |

OBS.:

QUEIMADURA: _____ % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau
 Superfície corporal lesada (regra da palma%)

EXAMES SOLICITADOS:
 Radiografias Laredo peritoneal
 Ultrasonografia (FAST) Gasometria arterial
 Tomografia computadorizada Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUÇÕES E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARAMBOS
1		
AV. Fracal		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Dr. Kenner _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

Centro cirúrgico A pedido Desistência
 Transferência (unidade de saúde) A revolta SVC
 Internado (setor) Família HML
 Alta hospitalar Decisão médica Após 48 hs. Família HML
 Óbito Até 48 hs. Família HML

DATA: _____

SAÍDA: _____

HORAS: _____

ASSIN

ASSIN

F(NG), C-01-1

NCR 30/06/18
9:22

Paciente vítima de acidente de
moto. Seu fuso da caminhada
mudou. Masa óssea

Dr. Aguiar

Paciente com
fratura de fibula
Proximal (O) com
deslocamento
moderado

Solicitado TC de
joelho por evolução
desmedida ostensiva
e múltiplos deslocamentos

Cd = Sefando TC feito

Psicofisiologia 30/06/2018,

Paciente, no momento, consciente,
orientado, memória previsível, pensamento
excente, humor instável, aguerrido, ansioso
da ortopedia.
Identidade: paciente psicólogo segundo
apóste ameaçado.

Jefferson J. M.
Doutorando em Psicologia
Psicólogo
CRP 13/5829

→ Cx escam =
• Ossos quebrados
• Seu deslocamento
• Traumas internos
• Fraturas
• Seu dor cerebral

→ TC de joelho =
• Cintura de fios
• Seu coluna edem com
edema - edema

→ Id = TCC seu
• Cintura de fios
• Cintura edem com
edema - edema

Ortopedista:
Emerson Magno de Andrade
NEUROORTOPEDIA
CRM 7940

Paciente vítima de acidente
moto com dor no joelho
O 8 joelho (O) com deslocamento
osteosíntese. Fratura
proximal, friso (O) com dor
grave. Proximally ferida proximal
fissura (O). TC. Ferida proximal
com seu processo deslocado no
friso proximal (O).

Conselho:
- Tomografias.
- 11/07/2018
- Tomografias 07/08/2018
- Operação. (Mico e
S. O. Osteosíntese).

Dr. Bruno Guedes Wanderley
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 7940 - CPF: 002.505.844-78



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Levante em VPA, abdômen

Aspiração e Antissepsia

Abordagem de longo braço gástrico Estéril

Incisão:

Incisão Vertical e mobil. fáscia (2)

Achados:

Enterite tética grave (2)

Conduta:

- Ressecção por placa

⇒ - Descidamente

⇒ - Redução da fístula no uso de sutiãngua

- Cirurgia com placa tipo 3,5 x 8 mm, placa 008 x 008 mm em 2 fases, profunda, estéril e ressecção, sob uso de sutiãngua

- Hemostasia

Fechamento:

- Sutura por placa

- Tensão alta

Observação:

- Rx de antibiótico

Data, João Pessoa 08 de 07 de 17

Assinatura/cartimbo

ROBERTA LIMA ONOFRE
CRM-PB 0007



Ficha de Atendimento Ambulatorial

HEETSIL

PRESCRIÇÃO:	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: <i>21.07.15 Realizado met de Pontos + curativos NSL</i>	
Assinatura e Carimbo da Enfermagem: <i>Vandcilca de Lima Sitja</i>	
ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:	
Assinatura e Carimbo da Enfermagem:	
PROCEDIMENTOS: <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Tipóia Grande <input type="checkbox"/> MJ <input type="checkbox"/> Aparelho Gessado: _____ <input type="checkbox"/> Tala Gessada: _____ <input type="checkbox"/> Velpau em Crepom <input type="checkbox"/> Retirada de Pontos <input type="checkbox"/> Tala Metálica <input type="checkbox"/> Outros: _____	
EXAME RADIOGRÁFICO: Local: _____ Lado do Corpo: <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo Incidência: <input type="checkbox"/> Antero - Posterior <input type="checkbox"/> Postero - Anterior <input type="checkbox"/> Perfil <input type="checkbox"/> Especial Assinatura e Carimbo: _____	
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Retorno Ambulatorial <input type="checkbox"/> Alta Ambulatorial Data de Retorno: _____ Assinatura do Médico e Carimbo: _____	

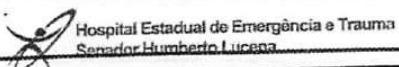
Edilice Fávila Lima da Fruteira



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA
Cruz Vermelha Brasileira

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha de Atendimento Ambulatorial



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

Número da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 853863



Identificação do paciente				Data e Hora Prevista 24/07/2015 17:20:59
ID 912179	Nome EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL			Sexo Feminino
Data de nascimento 17/04/1964	Idade 51 Ano(s)	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 88842
Mãe FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS				Pai ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA
Escolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988170449		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO		Número documento	Cross	Nº Cns 705003660838859
Endereço				
CEP 58037313	Município de residência JOAO PESSOA		Lógradoouro 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. intenso d. PlaL libral (E). +
fratura do cub 5º n7c (F)**EXAME FÍSICO:** M seca, m flx**EXAMES COMPLEMENTARES:** Lx mri- fratura do 5º n7c com
detorn m dente**DIAGNÓSTICO:** Fratura do cubito do 5º n7c, fratura a fac
se maja a inten j) luxação. **CID:** _____**CONDUTA:** D lnh 31/05.(S) Reba fests alterada**Dr. João Henrique Ramalho**
Ortopedia
Arroscopia do Ombro
CRM 7149 TEOT 13274

25/07/2015 17:32





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



HEETSHL

Ficha de Atendimento Ambulatorial

PRESCRIÇÃO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: 24/07/185

Curativo simples + retirada de pontos
porosel.

Assinatura e Carimbo da Enfermagem: Assinatura de SANTOS
ANALIA DE SANTOS
TÉCNICO ENFERMAGEM
TIJ. DE PERNAMBUCO
00001. PB 431895

ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

PROCEDIMENTOS: Curativo Pequeno Médio Grande

Tipóia Grande MJ Aparelho Gessado:

Tala Gessada: Velpeu em Crêpom

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>Edilene Ferreira</i>				IDADE:	DATA:
SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF/LEITO:
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR: <i>2x folhos AP + P 2x urin AP + D: sem faixa pele fita lazer em garrapata.</i>					
<i>Dr. João Henrique Ramalho Ortopedia Artroscopia do Ombro CRM 7149 TEOT 13274</i>					
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO					

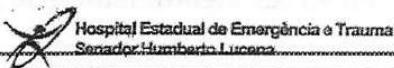




CRUZ VERMELHA
BRAZILIANA
Cruz Vermelha Brasileira

Ficha de Atendimento Ambulatorial

Ficha de Atendimento Ambulatorial



GOVERNO
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 17/04/1984	Idade 51 Ano(s)	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 88842
Mãe FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS				Pai ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA
Escolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988170449	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Cross	Nº Cns 705003660838859	
Endereço				
CEP 58037313	Município de residência JOAO PESSOA		Logradouro Cantora Maria da Glória Gouveia de Vasconcelos	
Número 114	Complemento APT 102		Bairro Jardim Oceania	
Atendido por VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO				Número da pulseira 2935705
Motivo do atendimento RETORNO - ORTOPEDIA				
Imprimir				

QUEIXA PRINCIPAL:

H.D.A: *Ja evidece operação
de fissuras de dedos de alto*

EXAME FÍSICO: *trabalho - A 2 de palco
dentes 2 inteiros*

EXAMES COMPLEMENTARES: *radiografia*

EXAME DE LABORATÓRIO: *exames de sangue*

EXAME DE IMAGEM: *radiografia*

EXAME DE HISTOLOGIA: *exames de sangue*

EXAME DE BACTEROLOGIA: *exames de sangue*

EXAME DE GASTROSCÓPIA: *exames de sangue*

EXAME DE HEMATOLOGIA: *exames de sangue*

EXAME DE URINÁGOGA: *exames de sangue*

EXAME DE FONDO DE OLHO: *exames de sangue*

EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA: *exames de sangue*

EXAME DE ECOGRAFIA: *exames de sangue*

EXAME DE RADIOPAQUIA: *exames de sangue*

EXAME DE TAC: *exames de sangue*

Ficha de Atendimento Ambulatorial

PRESCRIÇÃO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

Recidivando curativo no NID. Feito
luzilene com 5% G + cloridrina 2% alfa-
ceto 46 C.

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

Tec Enf. Duriz
Carim. 384800.

ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

PROCEDIMENTOS: Curativo Pequeno Médio Grande
 Tüpóia Grande ML Aparelho Gessado: Tala Gessada: Velpen em Crepom
 Retirada de Pontos Tala Metálica Outros:

EXAME RADIOGRÁFICO:

Local: Lado do Corpo Direito EsquerdoIncidência: 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 85-1856

NOME DO PACIENTE: EDILEI DE FRANCISCO F. DA SILVA				IDADE: 51	DATA: 26/07/2011
SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM.	COR: WB	PESO: 60	ALTURA: 170	CLÍNICA: TRIESTE	ENF/LEITO: 1
DADOS CLÍNICOS:					
<p>DR Henrique E AP e P Lx Joelho D ED e P</p>					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS:					


CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO





**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Geovane Souza da Cunha</u>			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão:	<u>29/06/15</u>		Data da alta:	<u>996718</u>	
Diagnóstico inicial:	<u>16. (Pla) Tibial</u>				
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:	<u>Rn</u>				
Cirurgia realizada - data e equipe:	<u>Dr. Roberto Almeida</u> <u>Dr. Alisson</u>				
Terapêutica medicamentosa:					
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>alto mba mtoas e cravado</u> <u>suposições.</u>				
Dieta:	Orientações Pós Alta				
Reposo:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto					
Ao ambulatório _____ em _____ dias para revisão.					
João Pessoa: <u>07</u> de <u>07</u> de <u>16</u>					
Ass. Médico NCRM					





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	ID da Ocorrência	UF USB	Nº / Equipe	Plantão:	Hora de Saída da Base	Hora de Chegada no Local
29/06/15	215390 MT	USA	34	○ Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite <input type="checkbox"/>	21:02 HS	21:10 HS

Paciente / Usuário <i>Edna da Conceição da Silva</i>	Idade <i>60</i>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino	Telefone: <i>89180555</i>
---	--------------------	---	---------------------------

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

Legislador
W. Nogueira

Bairro
Monteiro

Médico Regulador
20011122

Quantidade de vítima(s) no local: Uma Duas Três Mais de três: _____

Apelo no Local: USB USA Resgate / Bombeiros PM Resgate PRF BPTRAN Outro: _____

QTA: Socorrido por Terceiros Socorrido pelos Bombeiros Evadu-se do Local Trote Outro: _____

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

HEC75N *2015*
Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

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
○ Abogamento
○ Queda - Altura apropriada: _____

○ Soterramento / Desabamento
○ Choque Elétrico

○ Outro: _____

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"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Intervenções 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
PA: _____ FC: *94* FR: *20* HGT: _____ SpO2 - S/02: *97* SpO2 - C/02: _____

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: *DOENÇA CARDÍACA S/02*

Intervenções: *DOENÇA CARDÍACA S/02*

Evolução do Enfermeiro: *DOENÇA CARDÍACA S/02*

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA





O, 0 - CNES: 123312 - Tel:

Boletim Emergencial: 848081

EX-TC

Identificação do paciente			
ID 912178	Nome EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL		Sexo Feminino
Data de nascimento 17/04/1984	Idade 01 anos 2 meses 12 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mão FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS			Pai ESPEDITO FRANCELINO DE OLIVEIRA
Escolaridade NAO INFORMADO			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 63	Fone Móvel 988170440	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Crn	
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA			Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade MOSSORÓ	CEP/R	UF PB
Endereço			
CEP 58037313	Município da residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro Centro Maria da Glória Gonçalves de Vasconcelos
Número 114	Complemento APT 102	Bairro Jardim Oceania	
Admissão			
Data e Hora Prevista 29/06/2015 21:55:46	Número da pulseira 3257622	Convenção SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco VERMELHA			Origem do paciente RUA
Centro de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Véio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		0810
Sinais Vitais			
PA X mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos			Rox - (A)
Diagnóstico			CID
Atendido por ADRIENSON CARLOS ALVES DE MORAIS			Tempo 02min 23s00

Imprimir

TOMOGRAFIA	
CRANIOSIC	
DATA: 29/06/2015	

TOMOGRAFIA	
5081400	
DATA: 29/06/2015	



Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

RODRIGO

SE: 040081
UNIDADE FRENTE/OLHO DE FREITAS C
DT. Nasc.: 17/04/1984
NOME: FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS
END.: Conta Maria de 01 ria ouveia
N. 114 - Jordão Ocunha
JURU PESECA
FONE: (31) 320170448
CELULAR: (31) 980170448
CIDR: 01
DT. ENTRADA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Padrões de trauma de Acidente,
cruz na caixa, no peito e
ponto. Relato de queda de constata-
ção.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS: Párvas Obstruídas

VENTILAÇÃO:

TRACUBA NA LINHA MÉDIA: Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APRÉNIA

AUSCUTA PULMONAR:

1. MURMURÍO VESICULAR

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

2. RUIDOS

<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Roncos	<input checked="" type="checkbox"/> Roncos
<input type="checkbox"/> HTD	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Sibilos
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Estertores	<input type="checkbox"/> Estertores

FR: _____ Imp: _____ SaO₂: _____ %

DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas: Fotoreageente Dilatadas Isocôricas Anisocôricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

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

F(NG).CC.001-1



C: 642915

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

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 45º e encontra-se deambulando com apoio de duas muletas axilares sem apoiar o pé direito no chão. Evidencia-se ainda, edema em face dorsal da mão esquerda (4º e 5º metacarpos), com limite de flexão do 5º dedo desta mão; pequenas cicatrizes hipercrômicas em joelhos bilateralmente. Consta Laudo Médico datado de 25/09/2015, emitido pelo Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, com data de atendimento em 29/06/2015, diagnóstico TCE leve (traumatismo crânioencefálico), fratura do 5º metacarpo esquerdo e fratura da extremidade proximal da tibia direita. CID -10 S00. 9 + s62.3+S82.1. Foi submetida a tratamento cirúrgico da fratura da perna direita.

QUESITOS:

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

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



Rua Fernando Luis Henrique dos Santos, 75 - Centro
João Pessoa - PB - CEP: 58037-000 - Fone: (83) 3222-8800
www.decarlinto.com.br
Titular: Sérgio Albuquerque

Autentico a presente cópia, reprodução 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] EMOL:R\$ 1,94 FARPEM:R\$ 0,23 FEPJ:R\$ 0,06 ISS:R\$ 0,10
SELO DIGITAL: ACI83964-TKFL
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

DATA DE NASCIMENTO 17/04/64

NOME DA MÃE FRANCISCA EVANGELISTA DE FREITAS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 848.051

Nº PRONTUÁRIO 88.842

DATA DO ATENDIMENTO 29/06/2015

HORA DO ATENDIMENTO 21:56

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

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

CID 10 S 00.9 + S 62.3 + S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

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

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

TC do joelho D

RX do punho E - AP e P

RX do joelho D - AP e P

RX da perna D - AP e P

TRATAMENTO:

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

ALTA HOSPITALAR: 09/07/15

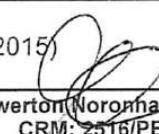
DATA DA EMISSÃO: 25/09/2015 (Retificado em 25/09/2015)

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



Decarlinto
Serviço Notarial - 1º Ofício de Letras
Conte com a gente

Rua Fernanda Luis Henrique de Souza, 75 - Jardim Oceania
João Pessoa - PB - CEP: 54017-000 - Fone: (83) 3288-8800
www.decarlinto.com.br 

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessôa-PB 29/09/2015 09:51:27
Robson Mertosa de Oliveira - Estreverete
(2015-117539) ENL:R\$ 1,94 FAPEN:R\$ 0,23 FERJEN:R\$ 0,06 ISSERF:R\$ 0,19
SELLO DIGITAL: A04K7368-1506
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>




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

Perícia Médica

Código da Licença: 59.048

Região de Perícia: REGIAO - JOAO PESSOA

Licença: Prorrogação Licença

Matrícula: 898651 **SEC.EST.EDUCACAO**

Nome: EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL

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

Quantidade de Dias: 60 SESSENTA

Data Início: 28/08/2015

Retorno ao Trabalho: 27/10/2015

Data: 08/09/2015

Ju. Francisco P. G. L. Cordeiro
3138
Médico Perito



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

Perícia Médica

Código da Licença: 61.163

Região de Perícia: REGIAO - JOAO PESSOA

Licença: Prorrogação Licença

Matrícula: 898651 **SEC. EST. 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 Início: 27/10/2015

Retorno ao Trabalho: 26/11/2015

Data: 10/11/2015

Dr. Flávio Cirne
Perito
Reg. de Per. 1a Região
Gef. Reg. de Per. 1a Região
M/PR 1800
Médico Perito



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

Num. 17696899 - Pág. 4



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Edileide F. de F. Gobral 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 Mendesca

Assinatura e Zelamento do(a) _____
033.006188 - CRM 6786/PB

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 Orsótes Lisboa, s/n - CEP: 58.031-090 Conj. Pedro Gonçalves



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



Assinado eletronicamente por: THIAGO GOMES DUARTE - 13/11/2018 15:59:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18111315593894300000017294581>
Número do documento: 18111315593894300000017294581

Num. 17765537 - Pág. 1



**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.

Dianete 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.



Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 18/12/2018 13:12:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121813123358900000017929372>
Número do documento: 18121813123358900000017929372

Num. 18425953 - Pág. 1

Onofre Ramos Advogados

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 17^a 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 persecução 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, quanto 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



Onofre Ramos Advogados

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.

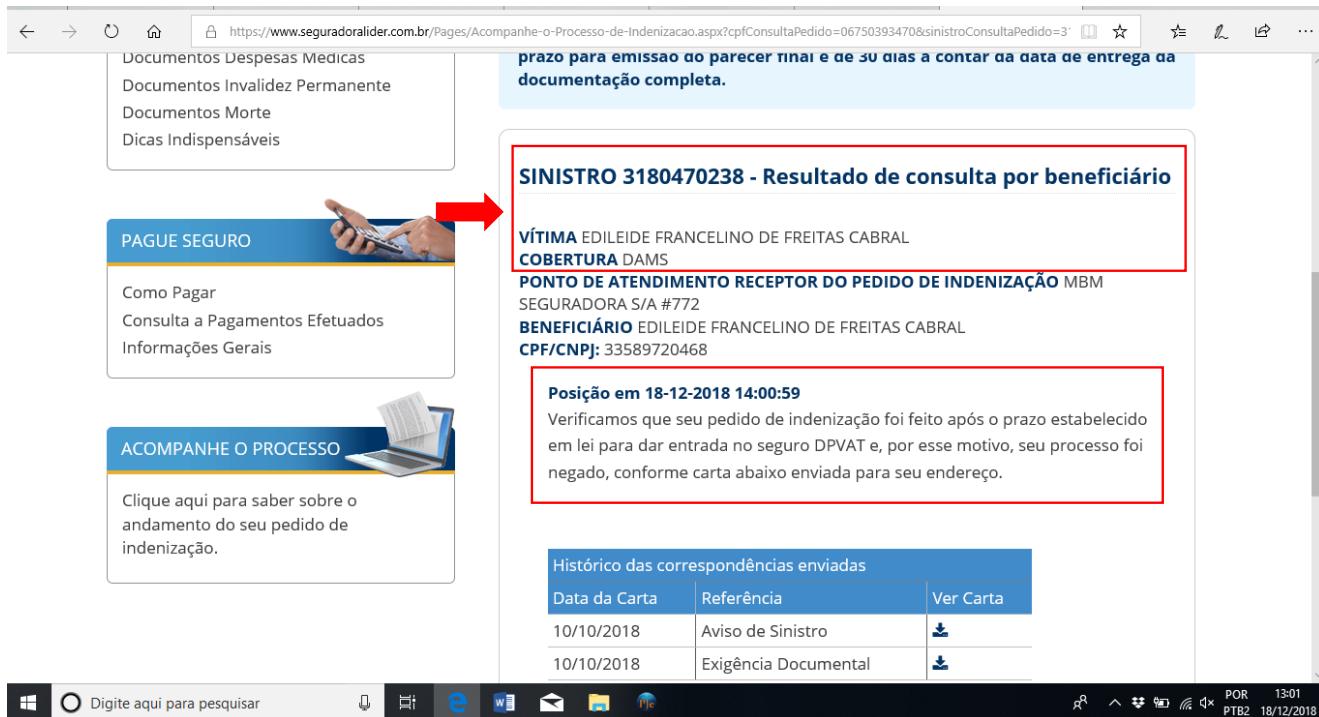
Nesse sentido, a autora teve, ainda, que realizar despesas de assistência médica e suplementares, conforme comprova documentalmente em anexo, desembolsando o valor de R\$ 527,69 (quinhentos e vinte e sete reais e sessenta e nove centavos).

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



Onofre Ramos Advogados



https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=06750393470&sinistroConsultaPedido=3

Documentos Despesas Médicas
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.

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 Sinalistro	Download
10/10/2018	Exigência Documental	Download

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, hão 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



Onofre Ramos Advogados

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 resarcimento 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



Onofre Ramos Advogados

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



Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 18/12/2018 13:12:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121813095490800000017929544>
Número do documento: 18121813095490800000017929544

Num. 18426130 - Pág. 5

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

NP: 0626254088-02
EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S/A
Av. Argemiro de Figueiredo, 1491 - Bessa
CEP 58037-030
João Pessoa - Paraíba
st. 16.119.333-1

REV 00

ESTE DOCUMENTO É DE USO EXCLUSIVO INTERNO DE EMPREENDIMENTOS PAGUE
O DOCUMENTO NÃO PODE SER DIVULGADO



RECIBO

Nº

R\$

78,43

Recebi(emos) de Adileide Francalino da Freitas a quantia de

Sessenta e Oito 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

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

CNPJ 08.323.172/0001-08
MONTEIRO DA FRANCA
Serviço Notarial 5º Ofício
Av. Pres. Epitácio Passoa, 416
Torre - CEP 58040-000
João Pessoa - PB



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

Num. 18426220 - Pág. 2

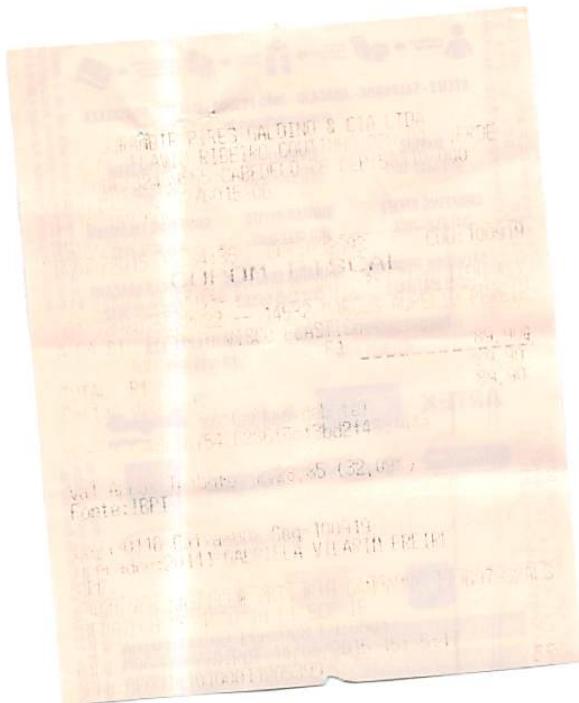
Nº 030193

RECIBO

R\$ 89,90

Recebi(emos) do(s) Sr.(s) Edileide Franclino de F. Cabral
CPF. 335397204-68
a quantia oitenta e nove reais e noventa centavos
Rua: Maria da Glória G. Vasconcelos N: 1161 AP: 102 jordim
Cod: 100919 cx: 08 oeconia.
do que passamos o presente:

Recife, 14 de Agosto de 2015
Endine Belarmino Ferreira
Por JURANDIR PIRES GALDINO & CIA.



TRAVESSEIRO PARA AS COSTAS



Carrefour 
JPE

RECIBO

1^ª VIA (BRANCA)
2^ª VIA (ROSA)
3^ª VIA (AMARELA)
4^ª 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 FRANCISCO DE F. CABRAL
A IMPORTÂNCIA DE R\$ 105,55 (Cento e cinco reais e
einqüinta 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.

Jerônimo Soárez



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

Num. 18426220 - Pág. 4



Fone: (83) 3241-1693 / Fax: (83) 3241-2726

RECIBO

**COMÉRCIO DE PRODUTOS
(PEÇAS APARELHOS E MAT. DE CONSUMO)
HOSPITALARES E LABORATORIAIS**

R\$ 166,00

Recebemos de(a)

A importância de: **Centro e Serviço em suas reais**

Referente a Unidade Conforme a Nota fiscal
do N° Exponencial 001503 anexo

HOSPTEC - Consultores Técnicos
de **Meios Hospitalares Ltda.**
ASSINATURA



Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 18/12/2018 13:12:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1812181311460760000017929632>
Número de documento: 1812181311460760000017929632

Núm. 18426220 - Pág. 6

Onofre Ramos Advogados

**EXCELENTE MONSENHOR 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



Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 14/02/2019 12:10:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021412101467100000018699744>
Número do documento: 19021412101467100000018699744

Num. 19217072 - Pág. 1