



Número: **0863969-46.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 22.511,73**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL (AUTOR)	ROBERTA LIMA ONOFRE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17695 814	09/11/2018 12:27	Petição Inicial	Petição Inicial
17696 092	09/11/2018 12:27	1. AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DPVAT - EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL	Documento de Comprovação
17696 106	09/11/2018 12:27	2. Procuração e Dec Pob - EDILEIDE	Procuração
17696 117	09/11/2018 12:27	3. Laudo médico atestando a debilidade (invalidez) permanente	Documento de Comprovação
17696 148	09/11/2018 12:27	4. RG	Documento de Identificação
17696 210	09/11/2018 12:27	5. BO	Documento de Comprovação
17696 870	09/11/2018 12:27	6.-Doc-Medica-2	Documento de Comprovação
17696 880	09/11/2018 12:27	6.-Doc-Medica-4	Documento de Comprovação
17696 891	09/11/2018 12:27	6.-Doc-Medica-3	Documento de Comprovação
17696 899	09/11/2018 12:27	6.-Doc-Medica-1	Documento de Comprovação
17765 537	13/11/2018 15:59	Certidão	Certidão
17797 521	14/11/2018 17:48	Despacho	Despacho
18425 953	18/12/2018 13:12	Petição	Petição
18426 130	18/12/2018 13:12	Emenda, Aditamento à Inicial - EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL	Documento de Comprovação
18426 220	18/12/2018 13:12	EDILEIDE DPVAT DAMS - COMPROVANTES	Documento de Comprovação
19217 072	14/02/2019 12:10	Petição citar/intimar o réu	Petição

ANEXO PDF.



Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 09/11/2018 12:22:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110912223972500000017227510>
Número do documento: 18110912223972500000017227510

Num. 17695814 - Pág. 1

Onofre Ramos Advogados

EXCELENTE SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL
DA CAPITAL – PB.

EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL, brasileira, professora, casada, portadora da cédula de identidade de nº 1971803-SSP/PB, e inscrita no CPF de sob o nº 335.897.204-68, residente e domiciliada na Rua Maria da Glória Gouveia de Vasconcelos, 114, APT 102, Jardim Oceania, João Pessoa – PB, CEP 58037-313, vem mui respeitosamente à presença de Vossa Excelência, através de sua advogada, com procura em anexo, com supedâneo nas leis 6.194/74, 8.441/92 e 11.482/2007, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) EM VIRTUDE DE INVALIDEZ

Em face, **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, CEP 20031-205, Rio de Janeiro/RJ, pelos fatos e fundamentos adiante delineados, alicerçado nos seguintes fundamentos de fato e jurídicos que passa a expor:

I. DOS FATOS

No dia 29/06/2015, a autora sofreu lesão de acidente de trânsito, por volta das 21h45min, no cruzamento da Av. Nego com a Av. Silvino Lopes, no bairro de Tambiá, João Pessoa/PB.

A autora estava pilotando uma motocicleta de marca Yamaha/Lander XTZ250 (cor azul, ano 2013/2014, de placa 3646/PB), quando foi atingida por um veículo Caminhonete FIAT/STRADA (placa NPV – 8555/PB, de propriedade de JGA Engenharia LTDA), o qual não respeitou a sinalização de “pare”.

Nesse sentido, devido ao fato, a promovente foi 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 tibia proximal direita e fratura do 5º metacarpiano esquerdo (CID 10 – S62.3 + S82.1)**, sendo obrigada a passar por cirurgias e colocação de próteses.

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

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, vejamos:

Receituário Médico

LAUDO MÉDICO

A paciente Edileide Francelis de Freitas Cabral, foi vítima de acidente de trânsito em 2015, sofreu fraturas traumáticas C10 - S62.3 + S82.1, resultando na, se quebrar, após tratamento até 01/2018, inclusive com várias cirurgias, estando atualmente com debilidade permanente em mão E e joelho 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. Euvaldo T. T. Cabral
Ortopedista
CRM-PE 22.165

Médico - CRM

Acontece que o processo administrativo foi negado pela ré, segundo o motivo do pedido ter sido feito após o prazo estabelecido em lei, conforme Documento de Acompanhamento Administrativo, sinistro 3180282945, a seguir:

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

SINISTRO 3180470206 - Resultado de consulta por beneficiário

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

Posição em 08-11-2018 15:10:02
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
17/10/2018	Aviso de Sinistro	

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, enquanto dele tenha derivado a incapacitação, não traduz 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.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Portanto, a Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

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

II. DO DIREITO

A) DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente a Promovente requer a Vossa Excelência que lhe seja concedido os benefícios da justiça gratuita na conformidade do artigo 5º da Constituição Federal da República e com o art. 98 e 99 do CPC/2015, vez que não dispõe de recurso para custear a presente ação sem causar prejuízos do seu sustento e de sua família.

Por este motivo, Excelência, mesmo não sendo necessária a comprovação da necessidade de justiça, bastando apenas sua alegação, as requerentes, pela própria natureza da ação, demonstram não possuírem a menor condição de pagar as custas processuais.

B) DA COMPETÊNCIA

Na Ação de cobrança do seguro DPVAT, em relação à competência territorial para a propositura da ação, é de faculdade das partes autoras escolherem entre os foros do seu domicílio, do local do acidente ou ainda do domicílio do réu, conforme Súmula 540 do Superior Tribunal de Justiça.

Ocorre que o domicílio da parte ré é na cidade do Rio de Janeiro, fato que inviabilizaria a presente ação, haja vista que a parte é hipossuficiente financeiramente e residem no Estado da Paraíba.

Deste modo, a competência territorial para a propositura da presente ação é no domicílio da parte autora, que é o foro de João Pessoa, na Paraíba.

C) DO SEGURO DPVAT

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de ferimento quanto no caso de morte.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11.482/2007 (art. 8º), a Autora faz jus à indenização financeira pelas sequelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme

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 - 09/11/2018 12:22:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110912042909500000017227776>

Número do documento: 18110912042909500000017227776

Num. 17696092 - Pág. 4

Onofre Ramos Advogados

atesta os documentos médicos em anexo, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, in verbis:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Apenas a título ilustrativo, cabe aludir que se considera invalidez a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão. Essa perda ou redução é indenizada pelo Seguro DPVAT quando resulta de um acidente causado por veículo e é permanente, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável.

Ademais, **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, con quanto dele tenha derivado a incapacitação, não traduz 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.

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

Neste sentido, vejamos nossa Jurisprudência:

APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. SENTENÇA PROCEDENTE EM PARTE. SUBLEVAÇÃO DO PROMOVENTE. PRETENSÃO. MAJORAÇÃO DOS DANOS MORAIS. CABIMENTO. ACIDENTE DE TRÂNSITO. INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO TRAUMATOLÓGICO. INDENIZAÇÃO FIXADA. VALOR ARBITRADO DE ACORDO COM O GRAU DA INVALIDEZ. SÚMULA Nº 474, DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. PROVIMENTO PARCIAL DO RECURSO.

- Restando devidamente comprovada, através do laudo traumatológico, a debilidade permanente do autor decorrente do acidente de trânsito, devida a indenização pretendida.

- Dispondo a lei que as indenizações serão pagas considerando o valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), resta evidente que o teto indenizatório só é atingido nos casos de morte ou invalidez total permanente.

- Nos termos da Súmula nº 474, do Superior Tribunal de Justiça, "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

- De acordo com o enunciado sumular nº 544 do Superior Tribunal de Justiça, "é válida a utilização de tabela do Conselho Nacional de Seguros Privados para estabelecer a proporcionalidade da indenização do seguro DPVAT ao grau de invalidez também na hipótese de sinistro anterior a 16/12/2008, data da entrada em vigor da Medida Provisória n. 451/2008". (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00035940920158150000, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES FREDERICO MARTINHO DA NOBREGA COUTINHO , j. em 17-03-2016)

D) DOS JUROS E DA CORREÇÃO MONETÁRIA DEVIDOS

A responsabilidade decorrente da indenização do DPVAT é de origem contratual, havendo que incidir a correção monetária desde o fato e os juros a partir da citação do réu, segundo entendimento do Superior Tribunal de Justiça in *verbis*:

"APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO. CORREÇÃO MONETÁRIA INCIDÊNCIA A PARTIR DA DATA DO ACIDENTE. PRECEDENTE DO C. SUPERIOR TRIBUNAL DE

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

JUSTIÇA (STJ). RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. A correção deve incidir da data do acidente, pois com esse critério fica mantido o poder aquisitivo da moeda, evitando-se assim sua depreciação. Sem a devida correção, há evidente prejuízo ao autor, o que não se pode admitir. (TJ-SP - APL: 10004580620148260100 SP 100045806.2014.8.26.0100, Relator: Adilson de Araujo, Data de Julgamento: 01/03/2016, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 01/03/2016)"

E ainda,

"APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO. CORREÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA. INCIDÊNCIA A PARTIR DA DATA DO ACIDENTE E DA CITAÇÃO, RESPECTIVAMENTE. PRECEDENTE DO C. SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA (STJ). RECURSO PROVIDO. A correção deve incidir da data do acidente, pois com esse critério fica mantido o poder aquisitivo da moeda, evitando-se assim sua depreciação. Sem a devida correção, há evidente prejuízo ao autor, o que não se pode admitir. Já os juros de mora devem ser calculados apenas da data da citação. APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). INDENIZAÇÃO. INSURGÊNCIA DO AUTOR COM RELAÇÃO AO ÔNUS SUCUMBENCIAL. INCONFORMISMO COM A IMPOSIÇÃO DE SUCUMBÊNCIA RECÍPROCA. AUTOR VENCEDOR NA DEMANDA RECURSO PROVIDO. Não era possível ao autor saber se a indenização seria concedida em sua integralidade, pois não detém conhecimento técnico. Além disso, foi aposentado por invalidez, o que, com certeza, o levou a considerar ter direito à integralidade da indenização prevista na lei de regência. (TJ-SP - APL: 10589087320138260100 SP 105890873.2013.8.26.0100, Relator: Adilson de Araujo, Data de Julgamento: 01/12/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 02/12/2015)"

III. DO PEDIDO

Diante de todo o exposto, requer que se digne Vossa Excelência:

a) A concessão da **justiça gratuita**, com base na Lei 1060/50 c/c o art. 5º da Constituição Federal da República e com o art. 98 e 99 do CPC/2015, pois o requerente passa por dificuldades financeiras, e o pagamento das devidas custas, porventura, acarretaria comprometimento do seu orçamento familiar, ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;

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

- b) Seja declarada a **competência territorial** para a propositura da presente ação é no domicílio da parte autora, que é o foro de João Pessoa, na Paraíba;
- c) A realização de **perícia judicial médica** para quantificação do grau de invalidez experimentado pela vítima;
- d) Requer a designação de audiência prévia de conciliação, nos termos do art. 319, VII, do CPC/2015;
- e) Requerer a citação via postal da requerida para, querendo, comparecer à audiência a ser designada por Vossa Excelência, bem como apresentar sua defesa, sob pena de revelia e confissão, acompanhando o feito em todos seus ulteriores atos até final decisão que haverá por declarar a procedência da ação, condenando a requerida;
- f) Ao final, requer que a presente **AÇÃO SEJA JULGADA TOTALMENTE PROCEDENTE**, condenando a seguradora promovida a pagar à promovente o valor correspondente ao importe de **R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)**, conforme **Tabela DPVAT**, ou valor a ser arbitrado por Vossa Excelência, corrigido monetariamente pelo INPC e com a incidência de 1% de juros de moratórios até a data do efetivo pagamento, sendo este valor calculado desde a data do fato (29/06/2015), no montante de **R\$ 22.511,73 (Vinte e dois mil, quinhentos e onze reais e setenta e três centavos)**.
- g) Seja ré condenada ao pagamento das custas processuais que a demanda por ventura ocasionar, bem como, provas que se fizerem necessárias, conforme arbitrado por este D. Juízo;
- h) Que seja a ré, também, condenada ao pagamento de honorários advocatícios fixados em 20% (Vinte por cento) sobre o valor da condenação, conforme dispõe o art. 85, § 2º do CPC/15.

Por fim, assegura-se ainda provar ao alegado, todos os meios de provas em direito admissível, especialmente em depoimento pessoal do representante legal da seguradora promovida, das promoventes, assim como oitiva de testemunhas, juntada de novos documentos.

IV. VALOR DA CAUSA

Dar-se-á o valor da causa de **R\$ 22.511,73 (Vinte e dois mil, quinhentos e onze reais e setenta e três centavos)** para efeitos 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

Nestes Termos, Pede deferimento.

João Pessoa/PB, 08 de novembro de 2018.

ROBERTA ONOFRE RAMOS

OAB/PB 13.425

RAFAELA LIMA MOURA DE ARAÚJO

Estagiária

Resultado do Cálculo (em Real)

CORREÇÃO MONETÁRIA

Atualizado até: 08/11/2018

Juros Incidentes: A partir do(s) Valor(es) Devido(s)

Percentual de Juros: 1,00%

VALORES DEVIDOS

Data do Valor Devido	Valor Devido	Fator CM	Valor Corrigido	Juros %	Juros R\$	Corrigido+Juros R\$
29/06/2015	13.500,00	1,18265028	15.965,77	41,00%	6.545,96	22.511,73
Subtotal						22.511,73
Total Geral						22.511,73

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

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.

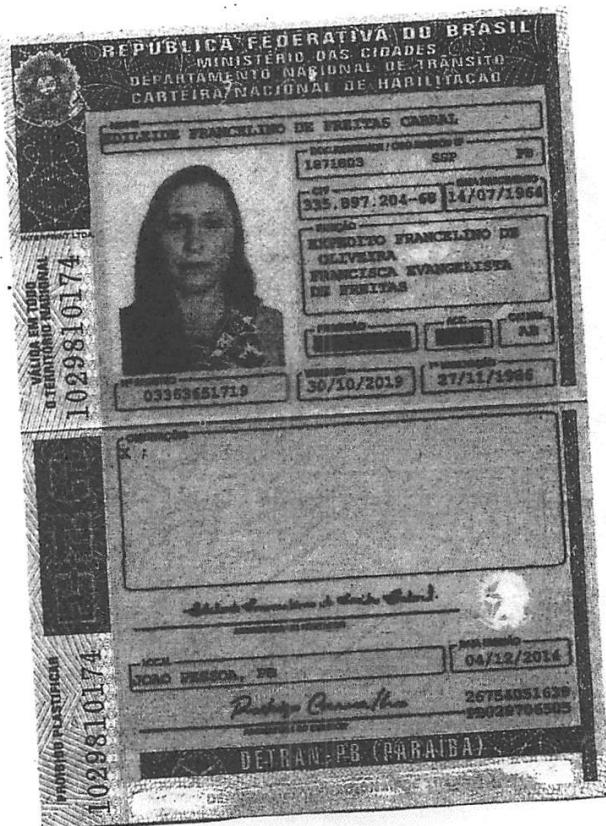
Data: 01/11/18

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

F(NG).CC.002-1







Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 09/11/2018 12:22:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18110912054944700000017227829>
Número do documento: 18110912054944700000017227829

Num. 17696148 - Pág. 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) 3212-1000
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
SELÓ 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) 3300-0000
www.decarlinto.com.br - E-mail: decarlinto@jpb.jus.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>



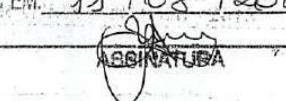
CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0428 - 2015
VÍTIMA 01

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

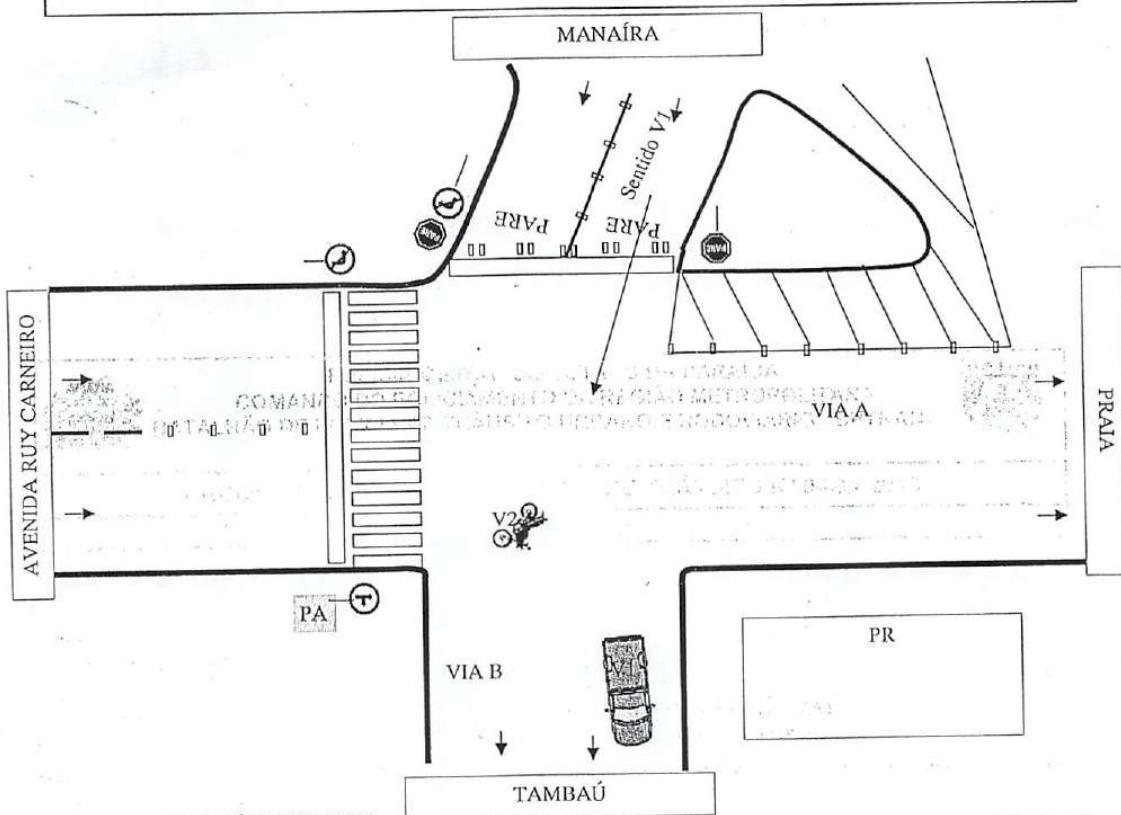
VIA "A" - Avenida Nego 11,00metros

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)



A V A R I A S

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

EM: 11/08/2015

[Signature]

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://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

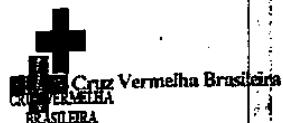
Data: 25/09/15

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 tibial (76 dias)
+ fratura 5º inc e

EXAME FÍSICO:

fo de bon aspecto

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx

DIAGNÓSTICO:

Fratura carolide de

CID:

CONDUTA:

Orientation, radiografia
Cetiga parcial

Agendada / PES 25/09/20

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

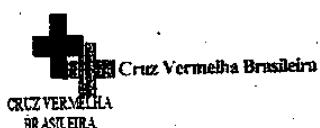
Óbito Retorno Ambulatorial Alta Ambulatorial

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 m. tib*

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. Quadri
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 Oceania
JORDA PESSOA
FONE: (83)
CELULAR: (83) 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"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas		Tamanho: <input type="checkbox"/> Midriase <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. Alguma lesão.

Sua Letra Firma
Enfermeiro
COREN/PE 231455

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREM:

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 <i>HTOL</i>				
		2 - CNES <i>1</i>		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>HTOL</i>				
		4 - CNES <i>1</i>		
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Edilene Franclino</i>				
		6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>848051</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____				
		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>		
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 <i>000</i>		
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 _____
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____				
				33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____				
				36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____
<i>38- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</i> <i>Edilene 3-5</i> <i>Maca em 1.1 aquela com 8 F = 01</i> <i>Parafusos eixos N = 36 = 02,</i> <i>N = 40 = 03, N 35 = 04, N = 50 = 01</i> <i>PLACAS de CANA de 8 F = 01</i> <i>39- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</i> <i>Edilene 04,5.</i> <i>Parafusos eixos N = 40 = 01, N = 36 = 02, N = 42 = 01, Parafusos eixos N = 50 = 01, N = 80 = 01.</i>				
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
40. DATA DA SOLICITAÇÃO <i>08/07/18</i>				
41. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF _____				
42. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____				
43. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>ROBERTA LIMA ONOFRE</i>				
AUTORIZAÇÃO				
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____				
45. CÓD. ORGÃO EMISSOR _____				
46. DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>				
47. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF _____				
48. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____				
49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				





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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<i>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:			
2º - <i>R2 - Bárbara</i>						
Anestesista:		Tipo de Anestesia:	Hora Início:	Hora término:		
<i>Dr. Pena</i>						

Diagnóstico(s) Pós-Operatório	CID
<i>Entusia fibroso proximal (2)</i>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<i>Tetamento ungueal se fazem punções de tais (2)</i>	

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

08 1 07 1 2010

João Pessoa - Data

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

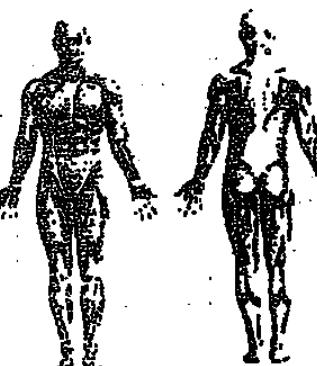


EXAME SECUNDÁRIO

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

EXAMES SOLICITADOS

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUÇÕES E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARAMBÓ
1		
AV. Fracal		
3. Endosseografia evidencia-se fratura.		
4. Glicose 100mg + 100mL SF 99% EV 0,25L D50		
5. Furosemide 40mg IV		
6. Furosemide 40mg IV		
7. Furosemide 40mg IV		
8. Furosemide 40mg IV		
9. Furosemide 40mg IV		
10. Furosemide 40mg IV		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Dr. Roberto Lima _____
 Solicito parecer da _____

DESTINO DO PACIENTE

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

DATA: _____

SAÍDA: _____

HORAS: _____

ASSIN

ASSIN

ASSINATURA/CARAMBÓ

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
Procurou \odot por
dor nas
molas

Solicitou TC de
jogos por dores
associadas articulares
e nalgas definidas constantes

Cd = Sefade TC feito \odot

Biologias 30/06/2018,

Paciente, no momento, consciente,
orientada, memória presente, pensamento
corrente, humor instável, aguerrido, ansioso
da ortopedia.

Identidade: paciente psicólogo segundo
aporte emocional.

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

\rightarrow Cx escam =
• Ossos quebrados
• Seu desvio tanto
• Traumas recentes
• Fraturas antigas
• Seu dor cervical

\rightarrow TC de Cervic =
• Cervicais de fraturas
• Seu colo é doloroso
• Fraturas recentes
• Fraturas antigas

\rightarrow Id = TCC lum
• Cervicais de fraturas
• Fraturas recentes
• Fraturas antigas

Ortopedista:
Emerson Magno de Andrade
NEUROORTOPEDIA
CRM 7940

Paciente vítima de acidente
moto com dor no joelho
 \odot o joelho \odot com edema.
Dores ?
Fraturas recentes, fraturas
recentes, fraturas \odot com dor
recentes. Prova de ferro
negativa. TC. Tomografia
sem resultados definitivos
para gabinete \odot .

Conclusão:
- Tomografia negativa.
- TC negativo.
- Ortopedista. (Mico e
Bo. Exames negativos.)

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



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente em ORA, na extensão
Anatomia e Atingimento
Anatomia do campo cirúrgico Estéril

Incisão:

incisão lateral e medial joelho (2)

Achados:

extremidade proximal (2)

Conduta:

- Remoção por placa

→ - Descidamente

→ - Redução da fratura na direção da extensão

- Fixação com placa tipo "L" com 3,5 a 8 furos, placa 0,8 a 0,9mm em 2 furos, parafuso central e expandido, sobre ase de medicinação

- Hemostasia

Fechamento:

- sutura por placa

- curativo estéril

Observação:

- Rx de controle

Data, João Pessoa 08 de 07 de 17

Assinatura/cartimbo

ROBERTA LIMA ONOFRE
CRM-PB 0007



Ficha de Atendimento Ambulatorial

HEETSIL

PRESCRIÇÃO:	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: <i>21.07.15 Realizado met de Pontos + curativos MSE.</i>	
Assinatura e Carimbo da Enfermagem: <i>Vandcilca de Lima Sitja</i> <i>Assinatura</i> <i>Carimbo</i>	
ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:	
<hr/> <hr/> <hr/>	
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: _____	

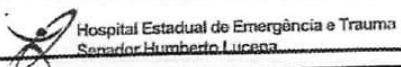
Edilice Fávila Lima da Fruteira



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 no braço**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 alteradaDr. João Henrique Ramalho
Ortopedia
Arroscopia do Ombro
CRM 7149 TEOT 13274

25/07/2015 17:32





**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

Ficha de Atendimento Ambulatorial



REFRESH

PRESCRIÇÃO:

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM: 24/07/25

Curativo simples + retirada de pontos
parcial.

Assinatura e Carimbo da Enfermagem:

ANOTACÕES 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:

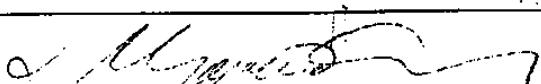
DESTINO DO PACIENTE:

() 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>Rx folha AP + P Rx man AP + D: sem folha Rx folha em separado.</i>					
<i>Dr. João Henrique Ramalho Ortopedia Artroscopia do Ombro CRM 71195 TEOT 13274</i>					
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO					





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA Cruz Vermelha Brasileira

Ficha de Atendimento Ambulatorial



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Numero da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 851986



Identificação do paciente					Data e Hora Prevista
ID 912179	Nome EDILEIDE FRANCELINO DE FREITAS CABRAL			Sexo Feminino	16/07/2015 07:50:25
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:

El fútbol de los doce años

EXAME FÍSICO: Friedal D. Alce pelado
elmo intacto

~~EXAMES COMPLEMENTAIRES:~~

James Comer, Jr. 1968
type of all the people

Resumo dos 100 meados E

DIAGNÓSTICO: *PF del edero* CID: *PF del edero*

education also can be educational

CONDUTA: 11

Volvo 2000 2010-01-04 19e

CELESTINO CO SOLO E PUNTAZOS 16/07/2015 08:

THE END OF THE MONTH.



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 FRAUCELINO 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:					


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





**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>9967/15</u>	
Diagnóstico inicial:	<u>16. (Pla) Tibial</u>				
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:	<u>Rx</u>				
Cirurgia realizada - data e equipe:	<u>29/06/15</u> <u>Dr. Batista 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>alte mba mtoas e cravado</u> <u>suporos.</u>				
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
relativo em casa por: _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto					
Ao ambulatório _____ em _____ dias para revisão.					
João Pessoa: <u>09</u> de <u>07</u> de <u>16</u>					
Ass. Médico CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	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
20001122

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"/> PSQUIÁTRICO <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"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo

Quais? _____

1. DADOS VITAIS
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:

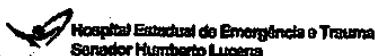
Diagnósticos de Enfermagem: *DO - 37107 - 5500*

Intervenções: *DO - 37107 - 5500*

Evolução do Enfermeiro: *DO - 37107 - 5500*

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA





O, 0 - CNES: 123312 - Tel:

Boletim Emergencial: 848081

TXTC

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	CBO/R	
Endereço			
CEP 58037313	Município da residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro Centro Maria da Glória Gouveia de Vasconcelos
Número 114	Complemento APT 102	Bairro Jardim Oceania	
Admissão			
Data e Hora Prevista 29/06/2015 21:55:46	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

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

2. RUIDOS

<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Roncos	<input 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 Isocônicas Anisocônicas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

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

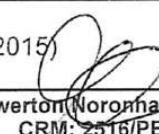
DATA DA EMISSÃO: 25/09/2015 (Retificado em 25/09/2015)

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 Luisa Henriques 100, apto. 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 09:11:27
Robson Mertosa de Oliveira - Estreverete
(2015-117539) EML: R\$ 1,94 FAPM: R\$ 0,23 FERJ: R\$ 0,06 ISS: R\$ 0,19
SELO DIGITAL: A04K788-1506
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.

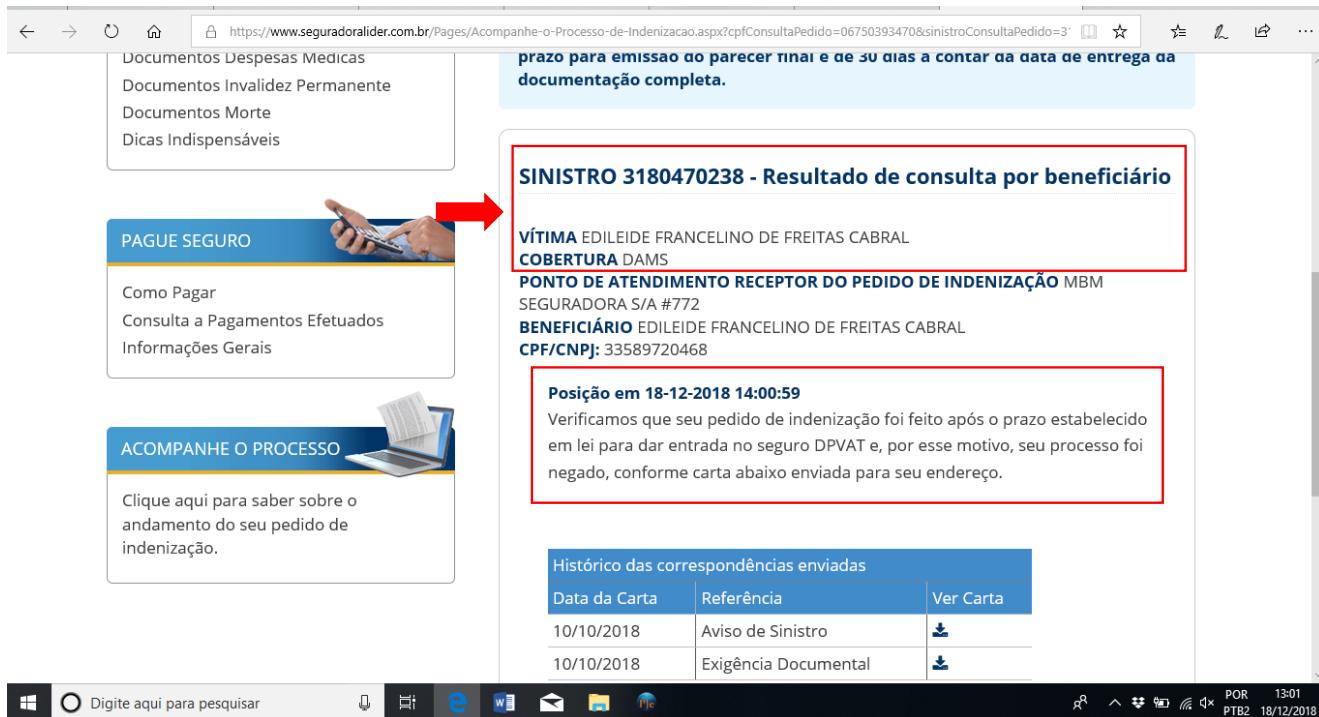
Nesse sentido, a autora teve, ainda, que realizar despesas de assistência médica e suplementares, conforme comprova documentalmente em anexo, desembolsando o valor de R\$ 527,69 (quinhentos e vinte e sete reais e sessenta e nove centavos).

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.

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



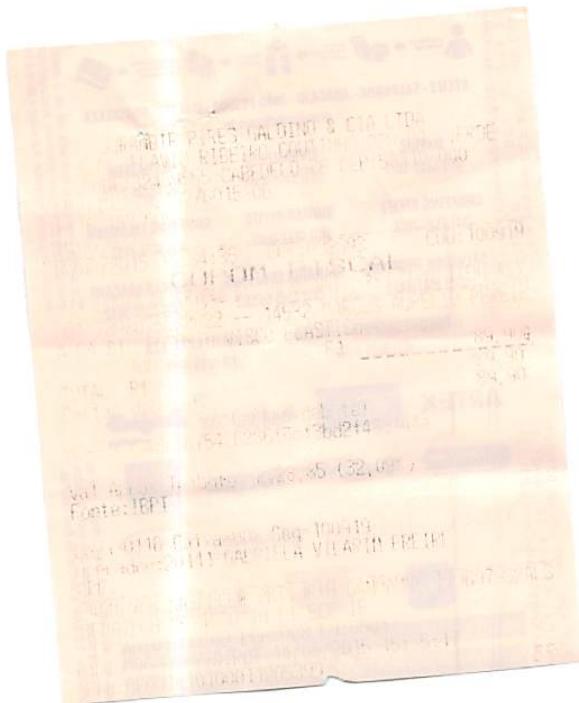
Nº 030193

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

Recibo

Nº R\$ 46,56

Receb e do(s) Sr(s) Edileide Freitas de Freitas
Endereço
Carral 2. lta da Glória de Vasconcelos
M. sp: 102. Jardim Oceania
a importância supra de R\$ Quarenta e seis reais e
eis e seis centavos —
referente à compra de medicamentos

pelo que para maior clareza firm o presente

46.827/0030-86

EMITENTE	ENDEREÇO	OBSERVAÇÕES
		ABRUDORA DE FRIOS FARM. LTDA.
CNPJ / CPF / RG		Presidente Epitácio Pessoa, 200
LOCAL E DATA	g. P. 04/07/2015	ISSINATURA
GRAFSE	Andréia Nunes	RCM - CEP: 66.010-000 JOÃO PESSOA - PB 901153-4

NEX DISTRIBUIDORA
NEX DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA
AV PRES EPITÁPIO PESSOA, 790 BATRÍCIO BORGES ESTAIROS
CEP: 58330-001 JOÃO PESSOA - PB
CNPJ: 09.646.827/0001-36 IE: 16.265.561-0
IM: 117784-2
04/07/2015 17:19:13 GRF: 060607 COD: 1966/4
FDE: 00042

NÃO É DOCUMENTO FISCAL
COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO
Cartao
1º VIA
CBB do documento vinculado:
Valor da compra R\$ 196,23
Valor do pagamento R\$ 46,56
REDE
VISA ELECTRON
COMPROV: 746733795 VALOR: 46,56
ESTAB:041773098 BIS: BEM EFTIACIO I
09.07.15 16:54:27 TERM:PV611235/040044
CARTAO: *****7379
AUTORIZACAO: 160863
ARQ:8FED421C311BE20
TRANSAO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL

MARLI FREIRE AVALANCHES DE NELO - DE
AU PRESIDENTE AFREDO PESSO, 261 SL 105 BESSA
CEP 59096-920 FONE: 3245-7132. RIO DE JANEIRO - RJ

ENTRADA : DS 0,00 (00) - Fente: IPI
NFE : 100051365003200070243300826FC0812
PAGAMENTO RECEITA CIODADE
TAMPO PREMIADO:
701111020001 04072015 706
A ENTRADA E O CONTRATO DE A

FAZER MAIS DA PAIXÃO MENSOS

2007/08/21 10:21:33 (8.500000000000000)

ECI-11 VERGABT: 01.08.05 ECI: 024

SPR: 62-66 MFR: 04765
EUPPE (000) 05/07/2015 14:57:18

Lab: 5M031300000000039330

18/12/2018 13:12:41

tView.seam?x=18121813114607600000017929632





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 - Conselhos Técnicos
de Materiais Hospitalares Ltda.

Av. Camilo de Holanda, 380 - Centro - CEP 58013-360 - João Pessoa - PB - CNPJ 09.250.645/0001-64
Insc. Est. 16.029.278-6 - Jesu Mário Júnior



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