

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES, brasileira, viúva, garçone, alfabetizada, inscrita no CPF sob nº 936.048.744-91 e no RG sob nº 4.900.910 SDS/PE, residente e domiciliada na Rua Manoel José Pessoa, nº 77, Centro, Surubim/PE - CEP 55.750-000.

OUTORGADOS: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiros, casados, advogados, portadores respectivamente, da OAB/PE nº 22.362 e 28.570, ambos com endereço profissional na Avenida Governador Agamenon Magalhães, nº 4318, sala 1510, Paissandú, Recife/PE - CEP 50.070-160 - Fone (81) 3445-0715 / 9.8610-8166 / 9.9982-1579.

PODERES: Da cláusula "AD Judicia" representando os outorgantes perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarchivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda estabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o (a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retirado nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

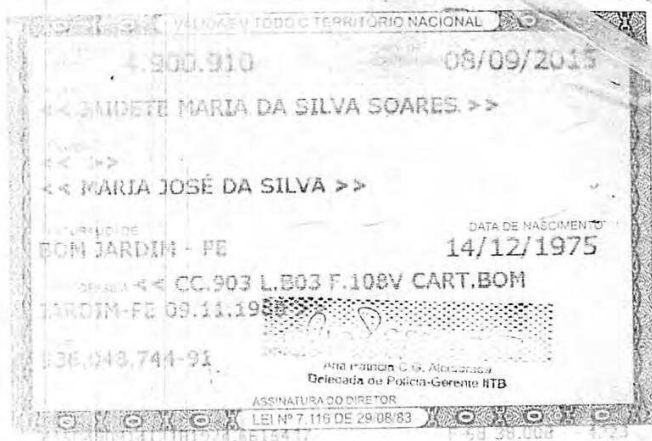
Surubim, 12 de dezembro de 2019.

JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

OUTORGANTE

Jaideete maria da Silva Soares







(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190637766 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS



BENEFICIÁRIO JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

CPF/CNPJ: 93604874491

Posição em 07-12-2019 10:07:18

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/11/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/__pv7d__gVVQVWAcUWnapi_key=ozStYa9oqQs6qBKl6Kh__yQLmQKSLPeljc19BSpzA1cl=)
23/11/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/UOoqfHXbE9hQISlrnq9rapi_key=ozStYa9oqQs6qBKl6Kh__yQLmQKSLPeljc19BSpzA1cl=)





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE QUEIMADAS

Rua José Braz de França, 70 - Centro - Queimadas - 58475-000 - (83)3392-2611

OCORRÊNCIA Nº 000117/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000117/19 registrada em 24/09/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e quatro dias do mês de setembro do ano de 2019, nesta cidade de Queimadas, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE QUEIMADAS, quando encontrava-se presente a Bela. JULIANA FERNANDA BRASIL BARBOSA BRUCE, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:58 horas, compareceu a Sra. JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES, com 43 anos de idade, filha de NÃO DECLARADO e MARIA JOSÉ DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de BOM JARDIM - PE, Viúva, escolaridade Medio Completo, profissão GARÇONETE, portadora da Cédula de Identidade Nº 4900910, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 93604874491, residindo à rua MANOEL JOSÉ PESSOA, 77, bairro CENTRO, na cidade de SURUBIM - PE, celular 9 9605-7898.

Declarou que:

NO 16 DE JULHO DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS 11:40, VIAJAVA COM SEU IRMÃO EM UMA MOTOCICLETA HONDA MODELO NXR 160, DE PLACA: PCM-6446/PE, CHASSI: 9C2KD0810FR452791, DA CIDADE DE SURUBIM/PE PARA CAMPINA GRANDE/PB, ONDE NA OCASIÃO, NA ALTURA DO SÍTIO PEDRA DO SINO, NESTA CIDADE DE QUEIMADAS, NA BR 104, COLIDIRÃO COM UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU EM FRENTE À MOTOCICLETA, O QUE OCASIONOU A QUEDA DE AMBOS, E QUE A DECLARANTE FERIU O JOELHO, SENDO POSTERIORMENTE SOCORRIDA POR PARTICULARES E LEVADA A UNIDADE HOSPITALAR DESTES MUNICÍPIO, NADA MAIS DECLAROU. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Queimadas, Terça-feira, 24 de Setembro de 2019

Jaide Maria da Silva Soares

JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Declarante

JOSÉ EUDES DE LIMA - AGENTE OPERACIONAL

Escrivão





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETÁRIA DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS - Dr. Patrício Leal e Melo

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

FICHA Nº	DATA:
PACIENTE: <i>MARCELE MARIA DA SILVA</i>	
ORIGEM: <i>QUEIMADAS</i>	
SOLICITANTE:	CLÍNICA:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

*Paciente e /
+ 12 ANOS EM VA
ESQ. AMOR ACIDENTE
DE MOTOCICLETA
AMBULANCE ONDIPEDIA
16/02/14*

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA

ENCAMINHAMENTO PARA:

ASSINATURA / CARIMBO
MÉDICO



ATENDIMENTO URGÊNCIA

RONT (B.E) Nº-1698407 CLASS. DE RISCO: LARANJA

HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS CNPJ: 08.778.268/0048-24
SERV. ERNO BEZERRA CABRAL, S/N - CENTRO, QUEIMADAS - PB, CEP: 58475-000 Data: 16/07/2019
Atendente: Germana Miranda Agostinho
Nascimento: 14/12/1975

ACIDENTE: JAIDETE MARIA DA

CEP: 32165465

Nascimento: 14/12/1975

RESIDÊNCIA: RUA MANOEL JOSE PESSOA

Sexo: F

Telefone: 995356435

Idade: 043

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

RG:

Nº 0

Sponsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de
Atendimento: 16/07/2019

CNS: 705101898413740
CONVÊNIO: SUS

Unidade: INTERCORRENCIA

Hora: 12:45:23

Especialidade:

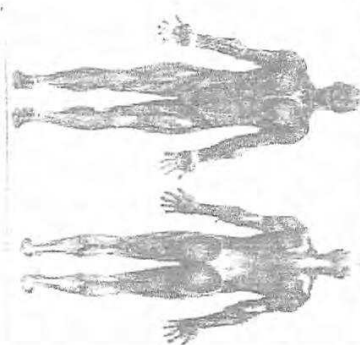
Idioma:

CRM:

15 FICHA:

ECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Entesmo subcutâneo
10. Enfiamento
11. Equimose
12. F. Alma branca
13. F. Alma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria de Veno
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enfiado
29. Ocorrência
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de isquemia
- 36.

5:

HEMADURA: _____
Perfite corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
SINÓTIPO / CID: _____

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ACIDENTE

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA 100890 HGT: Sato2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ às _____ Dia _____

Especialista: _____ às _____ Dia _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Francys Souza Batista
TEC. DE ENFERMAGEM
COREN - PB 104243

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

1990

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ / _____ às _____ hs

Intermediário (seletor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revella

1 () Decisión Médica

(róbito

Antônio Carlos Mendes de Sá
Av. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

C80

IBADJE

Year	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099
1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	

doi:10.1371/journal.pone.0201947.g001



**GOVERNO
DA PAULISTA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.266/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Marinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07
Acidente : acolhimento
Data: 16/07/2015

CEP:55750000 **Nascimento:14/12/1975**

Sexo: ☐ F ☐ M

Telefone: 95356488

Idade:043
Bairro:CENTRO

RG: 4900910 Nº: 77

CPF: 93604874491 Profissão

Data de **CNS:705101898413740**
Alemd:16/07/2019

CONVENIO: SUS

MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abruzzo
2. Apulia
3. Aosta
4. Calabria
5. Campania
6. Friuli
7. Liguria
8. Lombardy
9. Marche
10. Piedmont
11. Basilicata
12. Emilia-Romagna
13. Lazio
14. Liguria
15. Lombardy
16. Marche
17. Campania
18. Calabria
19. Friuli
20. Apulia
21. Aosta
22. Liguria
23. Piedmont
24. Basilicata
25. Calabria
26. Campania
27. Emilia-Romagna
28. Lazio
29. Marche
30. Friuli
31. Aosta
32. Piedmont
33. Liguria
34. Basilicata
35. Calabria
36. Campania

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

[illegible]

MEDICAMENTOS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

(-) Ultrassonografia:
b-) Radiografias: _____
() _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: H. P. de / as 15:30 Dia 16/07/19

Especialista: _____ / _____ às _____ : _____
Dia _____ / _____ / _____

MEDICO SOLICITANTE

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUITAS	HORÁRIO REALIZADO

1	SHI	500	EV	EV
2	0.1410	CO	50	+ AA EV
3	5.16	TY	50	+ AA EV
4	ME	QUAN	MIN	24 CANG
5				ST
6				AD

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

16/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

**GOVERNO
DA PARAIBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/07/2019

Paciente: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES Idade: 043 N° ATEND: 1945341

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 16/07/2019 HORA : 15:19:28

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

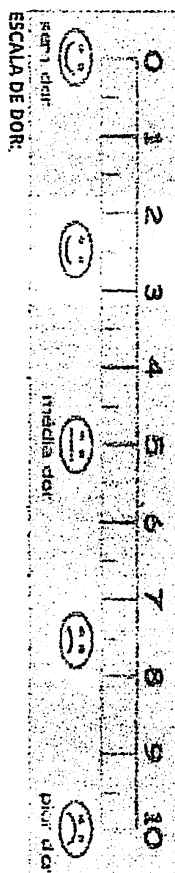
DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFLAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MIELENA () SÍBLOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Dra. Ingrid Rêgina Vilar
ENFERMEIRO (R) 1
COREN-PB 51678



Prontuário: 01770837 Pedido: 271126
 Paciente: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES
 Médico Solicitante: Dr.(a) RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA
 Data do Atendimento: 31/07/2019
 Convênio: PARTICULAR

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Dados clínicos: História de trauma torcional, evoluindo com dor na região medial e estresse em valgo.

Técnicas de Exame:

- A- Plano sagital, sequência T1.
- B- Planos axial e sagital, sequência T2, com supressão de gordura.
- C- Planos coronal e sagital, sequência DP, com supressão de gordura.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Observamos extensa área de edema / contusão óssea, comprometendo o côndilo femoral medial e a tibia proximal difusamente.
- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservadas.
- Indefinição do ligamento cruzado anterior, associado a horizontalização de suas fibras distais e hipersinal de limites imprecisos na fenda articular, indicando ruptura ligamentar completa e aguda.
- Os ligamentos cruzado posterior, bem como os colaterais lateral e medial apresentam espessura, orientação e intensidade de sinal preservado.
- O tendão do quadríceps e o ligamento patelar apresentam aspecto preservado.
- A patela ocupa posição habitual em relação a fossa troclear. Observa-se discreto afilamento e alteração de sinal na cartilagem que reveste as facetas da patela e a fossa troclear, sem sinais de comprometimento do osso subcondral.
- Pequeno derrame articular coletado na bursa suprapatelar.
- Hipersinal de limites imprecisos nos ventres musculares da face posterior do joelho, associado a edema no tecido celular subcutâneo do compartimento posterior do joelho.

CLINICA DIOCLECIO COUTINHO
 Dr (a): Viviane Medeiros
 CRM: 13.953 - PE

DISPOMOS EM NOSSOS SERVIÇOS A TECNOLOGIA EM TOMOGRAFIA
 COMPUTADORIZADA COM 32 CANAIS.

RD ANR - KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA-PE - CEP:55819-320 - FONE: (81) 3622.3500 - Fax (81) 3621.4968 - E-MAIL:





II Geres - Gerência Regional de Saúde
Limoeiro - PE
RECEITUÁRIO

Hospital Regional de Limoeiro
José Fernandes Salsa

Paciente:

JOSETE MARIA

Clinica:

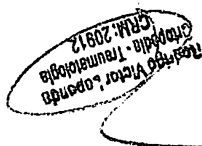
Enfermaria:

Leito:

Registro nº:

Atendimento de Urgência
16º Ano (Jovem)
HOSPITAL AMPLIANDO


25/03/19



Data:

Médico - CRM



RECETUÁRIO Limoeiro - PE Il Geres - Gerência Regional de Saúde		RECEBIMOS 
Hospital Regional de Limoeiro José Fernandes Salsa		
Paciente: <i>Walter de S. Silva</i>		
Clinica: <i>Walter de S. Silva</i>		
Intervenção: <i>Walter de S. Silva</i> Leito: <i>Walter de S. Silva</i> Registro nº: <i>Walter de S. Silva</i>		
<p> <i>Exatidão médica:</i> <i>Ativo por exames físicos</i> <i>que a paciente apresenta</i> <i>hematuria e piúria</i> <i>de secreções</i> <i>no dia 02/03/2020</i> <i>com 02/03/2020</i> <i>substituído por 02/03/2020</i> </p> <p> <i>25/03/20</i> </p> <p> <i>Rogério Victor Lapenda</i> <i>Ortopedista - Traumatologia</i> <i>CRM: 20812</i> </p>		
Medico - CRM		



Secretaria Estadual de Saúde - SES
II GERES - Gerência Regional de Saúde
Hospital Regional de Limeiro "José Fernandes Salsa"
RECEITUÁRIO

Unidade de Saúde: Hospital Regional do Limeiro "J.F. Salsa"

Paciente: HENRIQUE DA SILVA

Nome: _____ Reg. Nº _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____

DATA DO EXAME 21/08/13

TESTE PARA DROGAS DE ABUSO
FIMOS QUE O PACIENTE
É PORTADOR DAS SEGUINTE
PATOLOGIAS VÍCIO DE ALCOOLISMO
HISTÓRIA DE LESÃO DE COLUNA
CÁLCULO BILIAR LITÍASES
ANEXOS TESTES NEGATIVOS

Dr. Rodrigo Victor Laparidín
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 20912

Médico - CRM
Elieide Monteiro de Souza

O primeiro cigarro é uma passagem para o vício

