

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Marilide Ferreira de Lima, brasileira,
inscrita sob o CPF nº 568.271.724-49, residente
e domiciliada à Rua General Anírio de Brito,
S/N B/A Lote 19, Mandacaru, João Pessoa-
PB, CEP 58027-240.

OUTORGADO:

DANIEL VIEIRA SMITH, brasileiro, solteiro, advogado
regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do
Brasil, Seccional da Paraíba, sob o n.º 19.193, com
escritório profissional situado à Av. Ruy Carneiro, n.º
148, Sala 04, Miramar, CEP: 58.032-101, João
Pessoa/PB.

PODERES:

Amplos e inerentes poderes, bem como para o foro em
geral, conforme estabelecido no art. 105 do Código de
Processo Civil, e os especiais, podendo representar
em audiência, transigir, desistir, firmar compromisso,
receber intimações, renunciar, receber e dar quitação,
receber alvarás judiciais em cartório, recorrer para
qualquer instância ou Tribunal, substabelecer, com ou
sem reserva de poderes, podendo, ainda, representar
perante os Órgãos da Administração Pública Direta ou
Indireta, tais como Hospitais Públicos, Delegacias
Cíveis, IPC, IML, DML, GEMOL, podendo
expressamente solicitar laudos e prontuários
médicos em qualquer hospital público ou privado,
tudo para o fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa /PB, 28 de janeiro de 2019.

Marilide Ferreira de Lima
OUTORGANTE



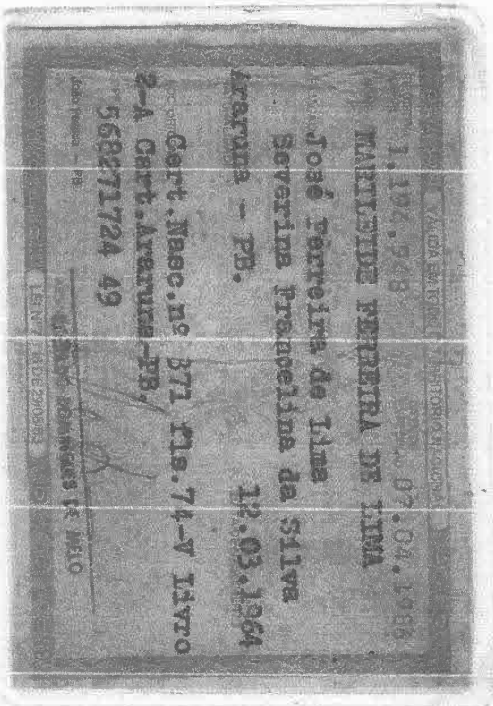
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Eu, Marielik Ferreira de Lima, brasileira, inscrita
no CPF nº 568.271.723-99, residente e domiciliada em Rua General
Antônio de Brito, Mandacaru-PB. desejando obter os benefícios da Justiça
Gratuita, declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para
custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio ou de sua família, pelo
que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da
gratuidade da Justiça.

João Pessoa /PB, 28 de junho de 2019

Marielik Ferreira de Lima
DECLARANTE





Num. 20376574 - Pág. 1



ENERGISA PARA O DISTRIBUÍDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Posto Repente, João Pessoa/PB - CEP 54.710-000
CNPJ 03.035.103/0001-40 - Insc. Est. 16.015.553-7

Nela Fincsi / Centre de Energie Et Ethica / 0360 560 560
Cód. para Dep. Automatica: 02013649306

Conta corrente - Apresentado - Balanço patrimonial - CPM, CNA, CNA

Out / 2018	08/10/2018	07/11/2018	559.271,724-49
------------	------------	------------	----------------

UC (Unidade Consumidora): 5/1364930-6

2016-01-01

Tarifa Social do Serviço Público - 72800000-00000000
R\$ 2.432 de 28/06/2019

Analista	Atividade	Tempo	Tempo	Tempo
Data	Leitura	Data	Leitura	
100	100	100	100	100

RESUMO GERAL									
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Imp. Ant.	Imp. IPI	Imp. IPI	Imp. IPI	Imp. IPI
0001	Consumo de 200V/60	30,000	0,00250	0,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0002	Consumo de 31 a 100V/60	70,000	0,00750	5,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0003	Consumo de 131 a 220V/60	55,000	0,01500	8,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	Adic. B. Vermeil	3,74	0,04	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0010	Subtotal	55,12	0,02	1,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CPF Cód. de Matr. Func. de Ass. Mês Último mês (km)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
---	----------------------------	-------------------------------

16/10/2018 R\$ 143,72

149	181	181	80	1040	212	217	182	182	185	176	174
Oct/17	Nov/17	Dec/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18

RESERVADO AO FISCO

0a22.d602.cb7c.c6b7_cfe1.0a68.e8e7.012f

[illegible]

ATENÇÃO

Partners em atrazo

[illegible]

Set/18	121,22
Fev/18	767,57

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

RXFTU 2-1-229-610

16/10/2018

R\$ 143 72

Matricaria 1304270-2018-02-5

836600000001-9 43720149000-4 13649302018-6 105000001019-6





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0572 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: MARCELO TEIXEIRA DE ANDRADE	Posto/Graduação: 3º SGT /PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua Alfredo José de Ataíde	Hora 13:10	Bairro Mandacaru
Município: João Pessoa	UF PB	
Data da Ocorrência 13-08-2018	Dia da Semana Segunda-Feira	C/S Vítima (QT) Com
Tipo de Acidente Colisão Transversal		Tipo de pavimento Asfalto
Condições da Pista Seca		
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 Veículos	Controle do tráfego Placa de Pare

CONDUTOR 01

Nome Marcondes Antônio de Souza	Sexo Masculino	Nascimento 05-02-1976	RG 1672111 SSP/PB
Endereço Rua José Lins de Albuquerque, 134, Alto do Céu, João Pessoa, PB – Tel.(083)98654-9334			
1ª Habilitação 15-05-1998	Categoria AD	Registro CNH N.º 01112764967	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 23-12-2021	Usava cinto Sim	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00mg/l)		Destino do Condutor Permaneceu no local	

VEÍCULO 01

Marca/Modelo VW Gol	Espécie Automóvel	Placa NPR - 8133	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário José Aldo da Silva					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013746811936	Renavan N.º 0020874850-4	Data da Emissão 23-08-2017		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: Trafegava na Via B, sentido Viveiro de Camarão/Jardim Esther, já chegou na esquina com a Via A, parou devido a placa de Pare e que havia um veículo na esquina do lado esquerdo que atrapalhou a visão , quando se sentiu seguro iniciou a manobra para seguir a via A, no sentido esquerdo, quando foi surpreendido com o V2 que trafegava na via A, sentido contrário, ocorreu o sinistro.

CONDUTOR 02

Nome José Ailton Pereira da Silva	Sexo Masculino	Nascimento 16-10-1966	RG 1.098.753 SSP/PB
Endereço Rua Jorn Luiz Gama, S/N, Mandacaru – João Pessoa/PB Tel.(083)99849-1644			
1ª Habilitação Não Habilitado	Categoria	Registro CNH N.º	U.F. PB
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Hospital de Trauma		

VEÍCULO 02

Marca/Modelo Shineray	Espécie Ciclomotor	Placa QFV - 3696	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Leda Maria da Silva					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013930868267	Renavan N.º 0110768085-6	Data da Emissão 18-05-2018		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Ouvido no Bptran no dia 16-08-2018 às 14:38 o condutor declarou que: Trafegava na Via A, faixa da esquerda, quando foi surpreendido pelo V1 que tentava adentrar a Via A, sentido Viveiro de Camarão/Jardim Esther, este trafegava na Via B, colidindo na lateral esquerda do V1.



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0572 - 2018

VÍTIMA 01

Nome	José Ailton Pereira da Silva	Sexo	Masculino	Nascimento	16-10-1966	Viajava no Veículo Nº	02
Endereço	Rua Jorn Luiz Gama, S/N, Mandacaru – João Pessoa/PB Tel.(083)99849-1644						
Condição da Vítima	Conduzido Para	Usava Cinto		Usava Capacete			
Condutor	Hospital de Trauma	-		-			

VÍTIMA 02

Nome	Marileide Ferreira de Lima	Sexo	Feminino	Nascimento		Viajava no Veículo Nº	02
Endereço	Rua Antero de Brito, 19, Bloco A, Mandacaru, João Pessoa, PB						
Condição da Vítima	Conduzida Para	Usava Cinto		Usava Capacete			
Passageira	Hospital de Trauma	-		-			

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O Impacto no V1 deu-se na parte frontal do veículo. O impacto no V2 deu-se na lateral direita do veículo. V1 removido ao Bptran pelo artigo 230 V do CTB. C1 submeteu-se ao teste de etilômetro resultando em 0,00mg/L de Ar para Alcool. V2 removido ao Bptran. V2 retirado do local exato do sinistro. C2 não possui CNH, feito procedimento no artigo 162 I do CTB, o mesmo foi socorrido ao Hospital de Trauma pelo AR 47 CCB e a passageira do V2 SAMU.

João Pessoa – PB, 29 de Agosto de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 13/09/2018


Marcelo Teixeira de Andrade 1º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento





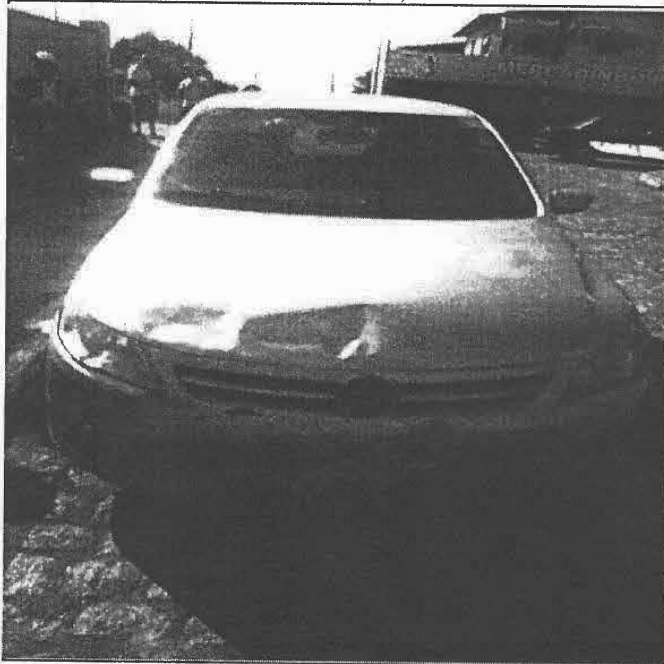
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0572/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



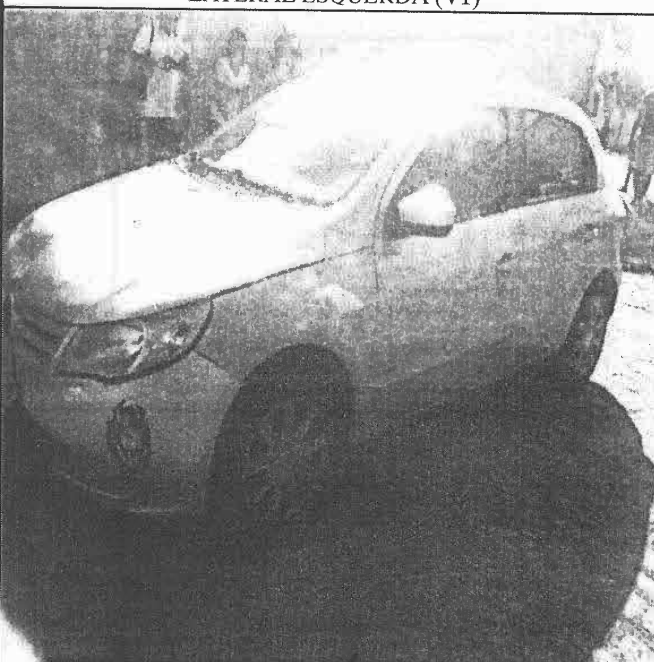
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 13/09/2018

ASSINATURA

Marcelo Teixeira de Andrade 1ºSgt PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0572/ 2018

AMARRAÇÕES

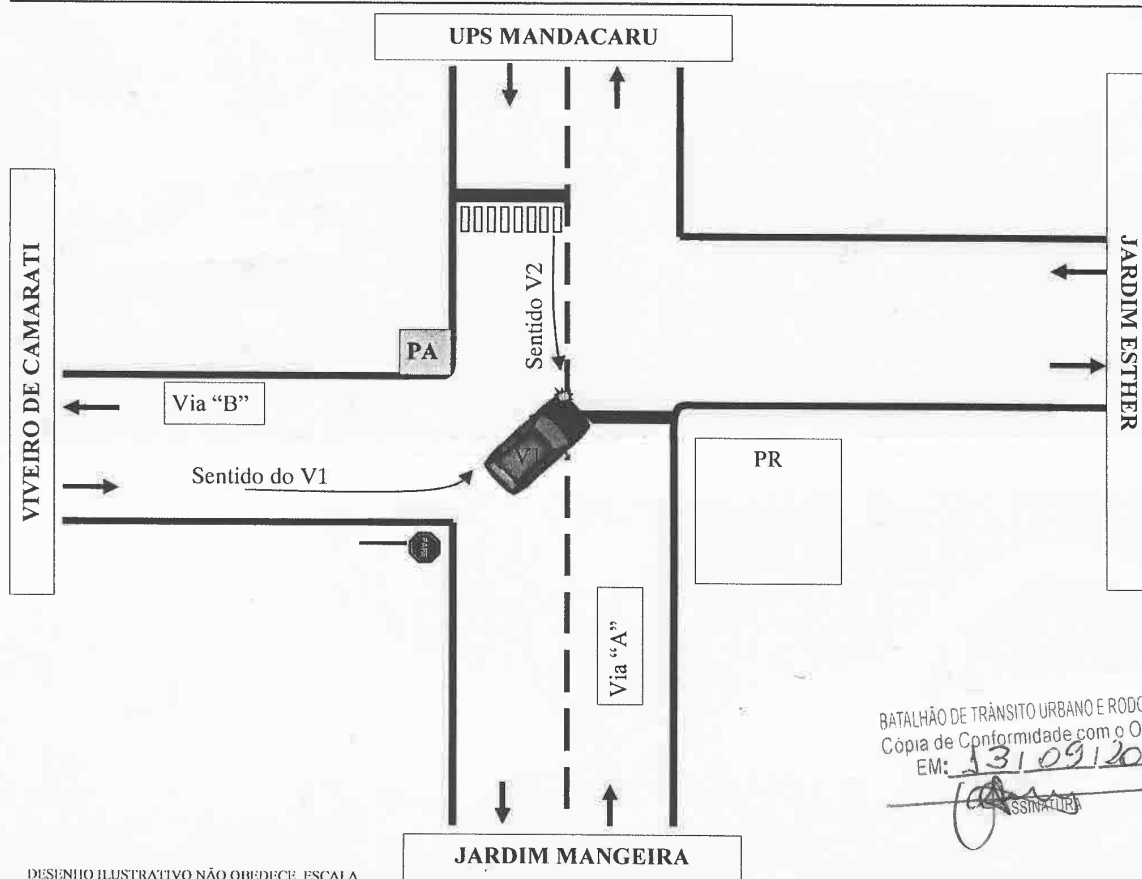
VIA "A" - Rua Alfredo José de Ataíde 07,00metros
VIA "B" - Rua José Lins de Albuquerque 08,00metros

PR (Ponto de Referência) Mercadinho Pontes

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa/ Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 04.50 e Traseiro Esquerdo 04.50 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Retirado do local



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

Marcelo Teixeira de Andrade 1º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0572/ 2018

FOTOS DO V2

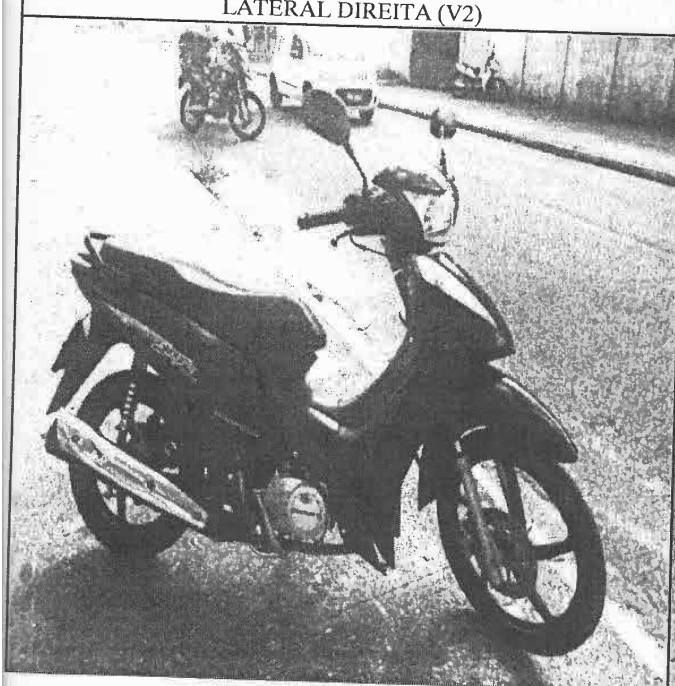
FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 1310912018

ASSINATURA

Marcelo Teixeira de Andrade 1ºSgt PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0572 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo:

VW Gol

Placa:

NPR – 8133 PB

Responsável pelo Preenchimento:

Sgt Marcelo

Data:

18-08-2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item		Avaliação			Item		Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:

Shineray

Placa:

QFV – 3696 PB

Responsável pelo Preenchimento:

Sgt Marcelo

Data:

18-08-2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item		Avaliação			Item		Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclo)			
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)				
							00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

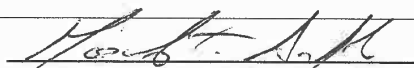
AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 29 de Agosto de 2018.


Marcelo Texeira de Andrade 1º Sgt PM
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 13/09/2018


ASSINATURA





VISTO EM: 17 / 09 / 18

Comandante do BAPH

Katty Sabrina do N. Silva
TEN. CEL. QOBM- 521.280 4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 13 de Setembro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0358/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 13/08/2018, conforme requerimento nº 0368/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 13h46min o/a Sr.(a) **MARILEIDE FERREIRA DE LIMA**, CPF nº 568.271.724-49, vítima de acidente de (colisão (carro x moto)), ocorrido na Av. Tancredo Neves, Mandacaru – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47, tendo como chefe o **CABO BM DENIS LIMA DE SOUZA**, Matrícula 521.611-7. Vítima consciente e orientada, com laceração na região da face e escoriações em membro inferior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**- CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.


JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
2º TEN. MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARILEIDE FERREIRA DE LIMA
DATA DE NASCIMENTO	12/03/64
NOME DA MÃE	SEVERINA FRANCELINA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110.472
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.101.117
DATA DO ATENDIMENTO	13/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	14:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR TCE LEVE
CID 10	S02.4 + S06.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, apresentando ferimento corto-contuso em região frontal, com perda de força no lado direito do corpo(sic). Nega cefaleia e cervicalgia. Dor em joelho direito. Consciente e orientada. Creptação em zigoma direito. Degráu em rebordo ósseo infra-orbital direito. Depressão em arco zigomático direito. Depressão em pilar zigomático direito. Boa abertura bucal. TC com sinal de fratura de zigoma direito + fratura de arco zigomático direito + fratura de parede anterior e posterior do seio maxilar direito. Internação para cirurgia. Familiares solicitaram alta hospitalar.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
Ultrassonografia FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura do complexo órbito-zigomático-maxilar

TRATAMENTO:

Alta a pedido para tratamento em outro Hospital(sic).

ALTA HOSPITALAR:	15/08/2018, ÀS 08:57H. ALTA A PEDIDO.
DATA DA EMISSÃO:	05/10/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Leida Maria da Silva,
RG nº 2337567, data de expedição 23/08/1996,
Órgão SP1PB, portador do CPF nº 168.151.809-25, com
domicílio na cidade de João Pessoa PB, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Formalista Luiz Gama, nº 136, Mandacarim
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Marileide Pereira de Lima cujo o condutor era
Joseilton Pereira da Silva

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

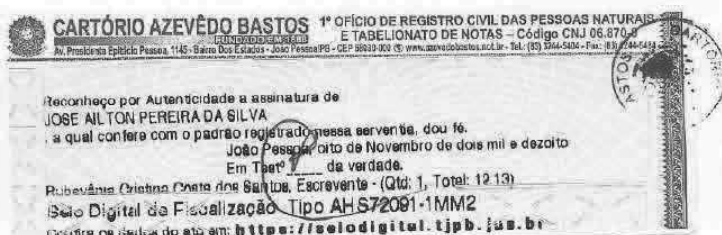
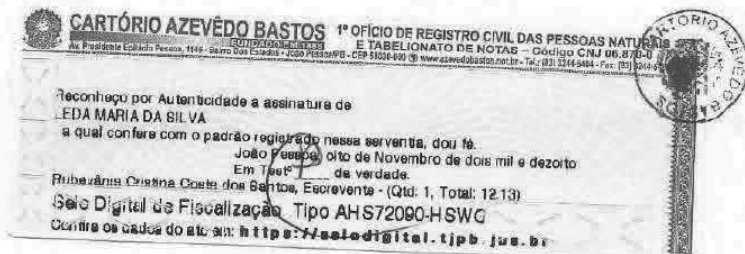
Local e Data:

Leida Maria da Silva

Assinatura do Declarante

Joseilton Pereira da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM 2018000221538 EXERCÍCIO
1 0110768085-6 00/00000000 2018

LEDA MARIA DA SILVA

CPF / CNPJ 46815180425 PLACA QFV3696/PB
NOVO PB 99HJT1050HS000472

PAS/CICLOMOTO/NAO APPLIC
MARCA / MODELO SHINERAY/500

2 P/49 /CI PARTIC PRETA

IPVA ISENTO 00/00/0000
PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 IOF (R\$) 0 PREMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 16/05/2018
***** SEGURO P A G O

SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - PB LOCAL 18/05/2018
19267 37141

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013730849267 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 46815180425 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 18/05/2018

RENAVAM 01107680856 PLACA QFV3696/PB
MARCA / MODELO SHINERAY/500

ANO RENAV 2016 CT 105 99HJT1050HS000472

PREMIO TARIFARIO
R\$ (R\$) *****
DENATRAM (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

PREMIO TOTAL (R\$) *****
TOTAL A SER PAGO (R\$) *****
COTA UNICA PAGAMENTO 16/05/2018

SEGURO P A G O
DATA DE QUITAÇÃO 16/05/2018
37141-1539162-20180518

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.408/0001-03



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PB Nº 012974049984
2687696070
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 0110768085-6 00700000000

LEDA MARIA DA SILVA
RUA JORNALISTA LUIZ GAMA 136
MANDACARI
58027560 JOAO PESSOA - PB

46815180425
OFV3696/PB

NOVO PB 99HJT1050H5000472

PAS/CICLOMOTO/MO APPLIC
GASOLINA

SHINERAY/500
2 P/49 /CI PARTIC PRETA

SEM RESERVA DE DOMINIO

N.Motor : WY139FWA15261260

JOAO PESSOA - PB LOCAL 19/01/2017

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATIV
AUTORIZAÇÃO DO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN
TRANSFERIR O REGISTRO DESSE VEÍCULO PARA:

VALORES

NOME DO COMPRADOR:

RG:

CPF/CNPJ:

LOCAL EDAT:

LEDA MARIA DA SILVA

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

O vendedor, tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
b) O vendedor, tem a obrigação de assinar o documento de venda do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
c) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
d) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
e) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
f) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
g) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
h) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
i) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
j) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
k) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
l) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
m) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
n) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
o) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
p) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
q) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
r) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
s) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
t) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
u) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
v) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
w) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
x) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
y) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
z) O comprador, tem a obrigação de assinar o documento de compra do veículo, com o prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas respectivas até a data da comunicação (del Federal nº 8.556 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0

Reconheço por Autenticidade a assinatura de
LEDA MARIA DA SILVA

Idade: 49 anos, com o padrão registrado nessa servente, dou 16
Idade: 49 anos, com o padrão registrado nessa servente, dou 16

Plataforma: Oficina Osmar - (Cód. 1, Tópe: 12 13)
São Digital da Fiscalização Tipo: AH572084-JASL

Código de acesso do ato em: <https://eodigitalisat.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0

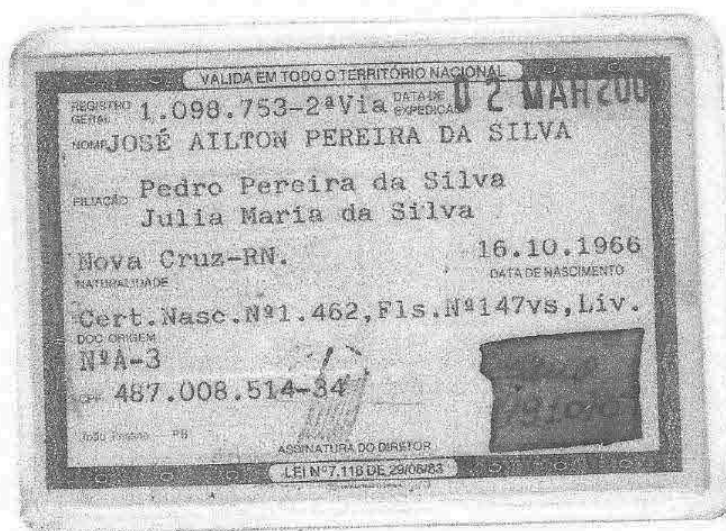
Reconheço por Autenticidade a assinatura de
JOSE ALTON PEREIRA DA SILVA

Idade: 49 anos, com o padrão registrado nessa servente, dou 16
Idade: 49 anos, com o padrão registrado nessa servente, dou 16

Plataforma: Oficina Osmar - (Cód. 1, Tópe: 12 13)
São Digital da Fiscalização Tipo: AH572084-JASL

Código de acesso do ato em: <https://eodigitalisat.tjpb.jus.br>





LEDA MARIA DA SILVA
 JACINTO LUCIANO SILVA - MANOEL CARLOS
 JOAO PESSOA / PB CEP: 55000-000 (AQ. 1)
 Emissão: 08/08/2016 Referência: Ago/2016
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASE COB 230 Km 25 - Distrito Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-000
 Total de 3 - 745 - 111
 Nº medidor: 000084111957

energisa
 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 08.000.000/0001-01
 CNPJ: 08.000.000/0001-01
 CNPJ: 08.000.000/0001-01

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196
 Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura
 Ago / 2013 08/08 2018 06/09/2018
 UC (Unidade Consumidora): 46815180425
 CPF/ CNPJ/ RANI
 Canal de contato 51625

Anterior	Atual	Cons
Data	Leitura	Data
10/07/16	10342	08/08/18
10342	10342	10342
001 Descrição	Quantidade	
0301 Consumo em kWh	250,000	
0301 Adc B Verifica		
0307 CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA		
0304 JUROS DE MORIA 07/2018		
0306 MULTA 07/2018		
0308 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 07/2018		

CC: Código de Classificação do Cliente TOTAL: 22,02 208,44 54,92 208,44 2,00 10,16
 Média últimos meses (kWh) 257
VENCIMENTO 16/08/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 220,09

Histórico de Consumo (kWh)

288	218	238	278	258	291	301	283	291	258	227	287
Agô/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18

Indicadores de Qualidade

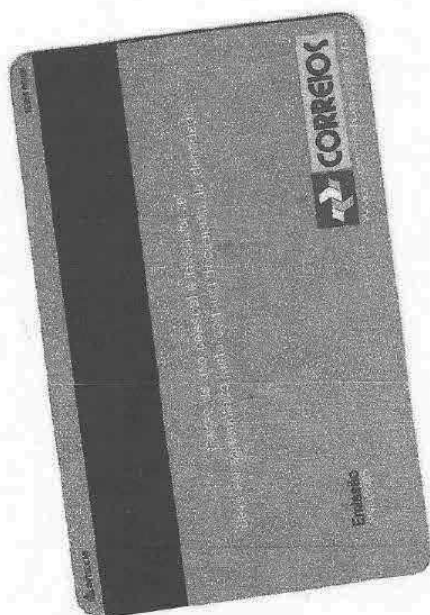
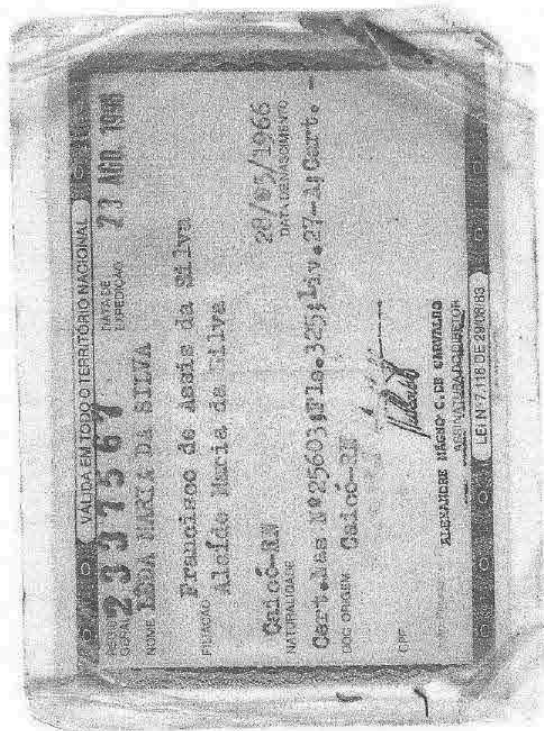
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DM TRIMESTRAL	0,00	NOMINAL
DM ANUAL	0,00	CONTRATADA
DM TRIMESTRAL	0,00	LIMITE INFERIOR
DM ANUAL	0,00	LIMITE SUPERIOR

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia e PB	41,33	21,50
Consumo de Energia	88,46	31,11
Serviço de Transmissão	7,26	3,30
Impostos Federais e Encargos	15,11	6,86
Outros Serviços	63,93	28,12
Total	220,09	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso





S' AR MOTOS LTDA
RUA MINISTRO JOSE AMERICO DE ALMEIDA, 64 - TORRE - JOAO PESSOA - PB
CNPJ: 14.047.826/0001-09 - IE: 161869637 - TEL: (83)3031-2345

**DANFE N° 000.001.717 - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal Eletrônica de Consumidor Final**
Não permite aproveitamento de crédito do ICMS

CODIGO	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL UNIT	VL TOTAL
99HJT105	CHASSI 99HJT1050HS000472	1,00	UN	4590,00	4590,00
0HS00047	MODELO SHINERAY/50Q-CICLOMOTOR				
2	JET+				
	Veículo: NOVO Marca: SHINERAY				
	Tipo: CICLOMOTOR Modelo:				
	SHINERAY/50Q-CICLOMOTOR JET+				
	Comb.: GASOLINA Ano Fab.: 2016 Ano				
	Mod.: 2017				
	Chassi: 99HJT1050HS000472				
	Motor: WY139FMA15261260 49cc 2,4 Hp				
	Cor: PRETA Renavam: 01117				
	NF Origem: 4979				
	Especie: PASSAGEIROS				
	Passageiros: 2				

Qtd. Total de Itens	1
Valor Total R\$	R\$ 4.590,00
Valor Desconto R\$	R\$ 0,00
Valor Acréscimo R\$	R\$ 0,00
Forma de Pagamento	Valor Pago
Cartão de Crédito	2.295,00
Cartão de Crédito	2.295,00

ÁREA DE MENSAGEM FISCAL

Número: 000.001.717 - Série: 001
Emissão 28/12/2016 16:25:26 - Via Consumidor

Consulte pela chave de acesso em:
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

CHAVE DE ACESSO

2516 1214 0478 2600 110 6500 1000 0017 1716 0001 7172

CONSUMIDOR

CPF: 468.151.14-25 LEDA MARIA DA SILVA
RUA JORNALISTA LUIZ GAMA, 136
Manduru - JOAO PESSOA/PB

Consulte via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização
325160179:70556 28/12/2016 16:27:59





Negociação Nº 18333

14.047.826/0001-10 STAR MOTOS LTDA

Página 1 de 2

NÃO É DOCUMENTO FISCAL - NÃO É VÁLIDO COMO RECIBO E COMO GARANTIA DE MERCADORIA - NÃO DAMPRAVA PAGAMENTO

DADOS DA NEGOCIAÇÃO DO VEÍCULO

Situação	Data	Vendedor	INFORMAÇÕES CONSÓRCIO				
Atendido	28/12/2016	FELIPE CEZAR JACER DA PIRES	Contrato	Série	Grupo	Cota	RD
Forma de Pagamento							
CARTAO VISA PARCELADO LOJA							

DADOS DO CLIENTE

CGC/CPF: 468.151.804-25 NOME: LEDA MARIA DA SILVA RG/IE: NAOCONTRIBUINTE

ENDEREÇO: Rua Jornalista Luiz Gama, 136
COMPLEMENTO:
BAIRRO: Mandacaru
CIDADE-UF: JOÃO PESSOA - PB
CEP: 58027-360

FONE

CELULAR

(83)87854348

E-MAIL

CONTATO

PAI:

MÃE:

DADOS DO VEÍCULO

DADOS DO VEÍCULO				
MODELO		CHASSI	Fab/Mod	COR
JET +		99HJT1050HS000472	2016/2017	PRETA
SITUAÇÃO ESTOQUE		PREVISÃO DE ENTREGA	VALOR VEÍCULO	
Reservado		30/12/2016	4.590,00	
TRIBUTOS E OUTROS VALORES				VALOR TOTAL
IPI	ICMS ST	SEGURO	FRETE	
0,00	0,00	0,00	0,00	
				4.590,00

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

ENTRADA	CONSÓRCIO	FINANCIADO	OUTROS	VEÍCULOS	TOTAL CRÉDITO CLIENTE
0,00	0,00	0,00	4.590,00	0,00	4.590,00

DOCUMENTO	VENCIMENTO	TIPO DOCUMENTO	VALOR	BANCO	AGÊNCIA	CC	Nº CHEQUE
18333/1	27/01/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/2	26/02/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/3	28/03/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/4	27/04/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/5	27/05/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/6	26/06/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/7	26/07/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/8	25/08/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/9	24/09/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/10	24/10/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/11	23/11/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/12	23/12/2017	CARTAO VISA PARCELADO	191,25				
18333/13	27/01/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/14	26/02/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/15	28/03/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/16	27/04/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/17	27/05/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/18	26/06/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/19	26/07/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/20	25/08/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/21	24/09/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/22	24/10/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/23	23/11/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				
18333/24	23/12/2017	CARTAO MASTERCARD PARCELAC	191,25				

4.590,00

OBSERVAÇÕES DA NEGOCIAÇÃO DO VEÍCULO**OBSERVAÇÕES EXTRAS**

5 dias úteis

Usuário: FELIPE

28/12/2016 16:19:51



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811220169200000019821868>

Número do documento: 19040811220169200000019821868

Num. 20376629 - Pág. 3



Negociação Nº 18333

14.047.826/0001-10 STAR MOTOS LTDA

Página 2 de 2

NÃO É DOCUMENTO FISCAL - NÃO É VÁLIDO COMO RECIBO E COMO GARANTIA DE MERCADORIA - NÃO COMPROVA PAGAMENTO

LEDA MARIA DA SILVA

FELIPE CEZAR JACER DA PIRES

VENDA SUJEITA A ALTERAÇÃO DE PREÇO

Prezado cliente,

Favor pagar somente no CAIXA

Após receber sua Nota Fiscal, caso seu veículo esteja liberado, solicite o mesmo na recepção até as 16:00 hs, impreterivelmente.

LEDA MARIA DA SILVA

Em : / /

28/12/2016 16:19:51

Usuário: FELIPE



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811220169200000019821868>

Número do documento: 19040811220169200000019821868

Num. 20376629 - Pág. 4

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 568.271.724-49	Nome completo da vítima MARILEIDE FERREIRA DE LIMA
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		CPF titular da conta 568.271.724-49	Profissão
Endereço RUA GALANTERO DE BRITO, S/N Q AL19		Número 19	Complemento
Bairro MANDACARU	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB	CEP 58027-240
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☒ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0904 D/V 013 00051555-4 D/V 4 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome CAIXA ECONÔMICA FEDERAL NRO. 00051555-4 AGÊNCIA NRO. 0904 D/V 013 00051555-4 D/V 4 (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 01 de novembro de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FABR 001 V001/2017



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

CPF da Vítima

568.271.724-49

Data do Acidente

13.08.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa-PB 01 de novembro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001/2017



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418005/18

Vítima: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

CPF: 568.271.724-49

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/08/2018

Titular do CPF: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

5180542452

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA : 568.271.724-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

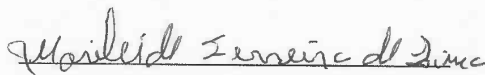
Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

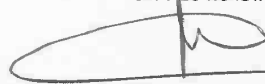
Data da entrega: 19/11/2018
Nome: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA
CPF: 568.271.724-49


MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Procedo
devolvido

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84



MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0418035/18

Vítima: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

CPF: 568.271.724-49

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/08/2018

Titular do CPF: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Comprovantes de despesas médicas
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

3180542501

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA : 568.271.724-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

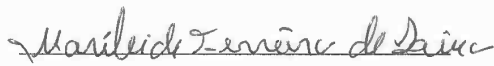
Documentação recebida sem conferência

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

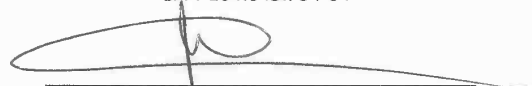
Data da entrega: 19/11/2018
Nome: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA
CPF: 568.271.724-49


MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Procedimento
de entrega

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84


MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE



/Pages /Acessibilidade.aspx

/Pages

/Atalhos

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

/Como Pedir a Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são em DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, ad do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180542452 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

CPF/CNPJ: 56827172449

Posição em 08-04-2019 10:30:57

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que v pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua c aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/11/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
23/11/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qm___OQfTSrp0MG/qZDPnyqnlc56HqOzc8IKyOQa0sFgCL02FIXEZEFEw___MFZ6Eyy07MlyrNPicHdUn0g5jeCG5n1/79USVAh1FK8B5zh3jigVz9FWSLg1chmSqSUROLdQjG4bRDjSYrVG___KhOLk3CvN37api_key=

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

Disponível na [App Store](https://itunes.apple.com/us/app/segu-ro-dpva-t/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8) (https://itunes.apple.com/us/app/segu-ro-dpva-t/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)

Disponível no [Google Play](https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataforma-digital) (https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataforma-digital)

<https://www.seguradoralider.com.br>

Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo.aspx)

Como Pedir a Indenização (/Pages/Como-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Consultar a documentação (/Pages/Consultar-a-documentacao.aspx)

Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento.aspx)

Como Pedir a Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao.aspx)

Dúvidas e Respostas (/Pages/Duvidas-e-Respostas.aspx)

Atendimento (/Pages/Atendimento.aspx)

Chat - Atendimento On-line (/Contato-Chat-e-Atendimento-On-Line.aspx)

Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato-Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx)

Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato.aspx)

Ouvidoria (/Contato-Ouvidoria.aspx)

Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias.aspx)

Mapa do Site (/Mapa-do-Site.aspx)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Baixar-o-aplicativo-do-Seguro-DPVAT.aspx)

Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas-Frequentes.aspx)

Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Termos-de-Uso.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT.aspx)

08/04/2019 10:31

Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811224099500000019821909>

Número do documento: 19040811224099500000019821909

Num. 20376670 - Pág. 1



Hospital Samaritano

AV. SANTA JULIA, 35 - TORRE - JOÃO PESSOA/Pb - CEP. 58040-450 - FONE: (83) 3048-2100
CNPJ 09.129.222/0001-83

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Paciente: Marileide Figueira de Lima

Endereço: R. Carlos Krumm, 19

Prescrição:

Uso y!
1) Ceftriaxona 500mg - 1a
tenso 1cp 6/6h por.
7 (sete) dias.
2) d/efesimol 400mg - 1a
tenso 1cp 8/8h por.
7 (sete) dias

Dr. Diogo Hoston
Cir. Buco-Maxilo-Facial
CRM 4143

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO(A)

IDENTIFICAÇÃO / COMPRADOR

Nome: _____

RG.: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Fone: _____

IDENTIFICAÇÃO / FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACEUTICO

DATA: ____ / ____ / ____



Orientações

- 1) Higiene da ferida e/ água e sabão.
- 2) Usar clorexidina após o banho (Clorexidina 0,5%)
- 3) Proteção da pele
- 4) Demarcar pontos na próxima 6ª feira

Dr. Olavo Pessoa
Cir. Buco-Maxilo-Facial
CRM 1443

Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia
Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – Pb

Fone: (83) 3048-2100





P/ Marielide Ferreira.

uso ml

1 Dipirona 1g — 1cx

tomar 1 cp de 6/6h.

Dr. Olavo Boston
Cir. Bucal, Maxilo
Gens Reg. #143

João Pessoa 17 de 8 de 18

Rua Dep. Geraldo Mariz, 912 sala B - Tambauzinho - João Pessoa/PB | Fones: (83) 3042.3782 / (83) 98736.1961 / (83) 99804.3630



Orientações

- 1) Higiene 2x ao dia dos primeiros.
- 2) Higiene da Boca após todas as refeições.
- 3) Compressa morna na boca 3x ao dia (usar pano em quantidade e/ ou furo de engomado).
- 4) Manter cabeça mais elevada que o corpo.
- 5) Usar soro e/ ou goro 3x ao dia.

João Pessoa

17

de

8

de

18

Dr. Flavio Hoston
Ortod - Maxilo
C.R.C. 4145

Rua Dep. Geraldo Mariz, 912 sala B - Tambauzinho - João Pessoa/PB | Fones: (83) 3042.3782 / (83) 98736.1961 / (83) 99804.3630





8/Marcelo Ferraz de Lima

ECG + Riso eimgico el

eimga de face.

(Arestia Geral)

Dr. Olavo Hoston
Cir. Buco. Maxilo
Cris. Reg. 4143

João Pessoa de 8 de 19

Rua Dep. Geraldo Mariz, 912 sala B - Tambauzinho - João Pessoa/PB | Fones: (83) 3042.3782 / (83) 98736.1961 / (83) 99804.3630



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

UNIFACE - Reabilitação Oral e
Cirurgia da Face - LTDA

C.N.P.J. 16.853.751/0001-90

R. Dep. Geraldo Mariz, 912, sala B.
Tambauzinho. João Pessoa, PB.

1ª VIA: FARMÁCIA

2ª VIA: PACIENTE*

Nome: *Maurício Ferreira da Loma*

Endereço: *Empreendimento Pague Menos S/A*

Prescrição: *1) Cefalexina 500mg*
Tomar 1 cp 6h por 7 (sete)
dias. **DISPENSADO**
2) Metformina 500mg
Tomar 1 cp 8h por (sete)
dias **DISPENSADO**

DATA *17/8/18*

Dr. Olavo Hoston
Cl. Buco - Ina 106
Cons. Reg. 1143

Assinatura e Carimbo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

RG: _____

Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do

Farmacêutico





HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

CNPJ: 09.129.222/0001-83

Av. Santa Júlia, 35 - Torre - João Pessoa - Paraíba

Fones: (83) 3048-2100 / Fax: (83) 3048-2111

R\$

1.000,00

RECIBO

1ª Via - Cliente

2ª Via - Contabilidade

3ª Via - Fixa

Nº 10962

Recebemos de (a)

Juliano de Silva Borges Pereira

a importância de R\$

Hum mil reais.

referente a

Procedimento Cirúrgico - Fratura de Malas,
Pac: Marilene Ferreira de Lima.

pelo que passo (emos) o presente recibo, para um só efeito.

João Pessoa,

29

de

Agosto

de 20

18

Hospital Samaritano Ltda





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA DE RECEITA MUNICIPAL
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO
1008096
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO
FQ1WSEBAJ

DADOS BÁSICOS

DATA DA EMISSÃO	COMPETÊNCIA	ISS A RETER	Nº DO RPS	Nº DA NFS-e SUBSTITUIDORA	Nº DA NFS-e SUBSTITUÍDA
25/10/2018	25/10/2018	Não			

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

NOME / NOME EMPRESARIAL	NOME DE FANTASIA	CPF / CNPJ
HOSPITAL SAMARITANO LTDA		09.129.222/0001-83
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	EXIGIBILIDADE TRIBUTÁRIA	Nº DO PROCESSO
78344	Exigível	Não

LOGRADOURO	NÚMERO
AV SANTA JULIA	00035

COMPLEMENTO	BAIRRO
	TORRE

MUNICÍPIO	ESTADO	PAÍS
João Pessoa	PB	BRASIL

CEP	TELEFONE	E-MAIL
58040-450	(83) 3048-2100	pedrojorge@pedrojorge.com.br

TOMADOR DOS SERVIÇOS

NOME / NOME EMPRESARIAL	CPF / CNPJ	INSCRIÇÃO MUNICIPAL
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA	568.271.724-49	

LOGRADOURO	NÚMERO
Rua General Antero de Brito	01

COMPLEMENTO	BAIRRO
	Alto do Céu

MUNICÍPIO	ESTADO	PAÍS
João Pessoa	PB	BRASIL

CEP	TELEFONE	E-MAIL
58027-733		

SERVIÇOS PRESTADOS

ITEM DA LISTA DE SERVIÇOS
4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DESCRIÇÃO DETALHADA
REFERENTE A PAGAMENTO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MALAR, REALIZADO NO DIA 29 DE AGOSTO DE 2018.

OBRA VINCULADA - CONSTRUÇÃO CIVIL

LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

MUNICÍPIO	ESTADO	PAÍS
João Pessoa	PB	BRASIL

VALORES

VALORES BÁSICOS

VALOR DOS SERVIÇOS	DESCONTO INCONDICIONADO	DESCONTO CONDICIONADO	DEDUÇÃO LEGAL
R\$ 1.000,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

RETENÇÕES DE TRIBUTOS FEDERAIS

PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

VALORES COMPLEMENTARES

OUTRAS RETENÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	ISS	VALOR LÍQUIDO
R\$ 0,00	R\$ 1.000,00	2.50 %	R\$ 25,00	R\$ 1.000,00

USO DA ADMINISTRAÇÃO TRIBUTÁRIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES





HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

CNPJ: 09.129.222/0001-83
Av. Santa Júlia, 35 - Torre - João Pessoa - Paraíba
Fones: (83) 3048-2100 / Fax: (83) 3048-2111

R\$

1.977,39

RECIBO

1ª Via - Cliente

2ª Via - Contabilidade

3ª Via - Fixa

Nº 10724

Recebemos de (a) Marilene Pereira de Lima

a importância de R\$ duz. novecentos e trinta e sete reais e

trinta e nove centavos.

referente a Despesas Hospitalares.

pelo que passo (emos) o presente recibo, para um só efeito.

João Pessoa, 17 de Agosto de 20 18

Marilene Pereira de Lima
Hospital Samaritano Ltda





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA DE RECEITA MUNICIPAL
NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

NÚMERO
1008095
CÓDIGO DE VERIFICAÇÃO
BLODD9LOU

DADOS BÁSICOS

DATA DA EMISSÃO	COMPETÊNCIA	ISS A RETER	Nº DO RPS	Nº DA NFS-e SUBSTITUIDORA	Nº DA NFS-e SUBSTITUÍDA
25/10/2018	25/10/2018	Não			

PRESTADOR DOS SERVIÇOS

NOME / NOME EMPRESARIAL	NOME DE FANTASIA	CPF / CNPJ
HOSPITAL SAMARITANO LTDA		09.129.222/0001-83
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	EXIGIBILIDADE TRIBUTÁRIA	Nº DO PROCESSO
78344	Exigível	
OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL	OPTANTE PELO SIMEI	
Não	Não	

LOGRADOURO
AV SANTA JULIA
NÚMERO
00035

COMPLEMENTO
BAIRRO

MUNICÍPIO
TORRE

João Pessoa
ESTADO
PB

CEP
58040-450

TELEFONE
(83) 3048-2100

E-MAIL
pedrojorge@pedrojorge.com.br

TOMADOR DOS SERVIÇOS

NOME / NOME EMPRESARIAL
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

CPF / CNPJ
568.271.724-49

INSCRIÇÃO MUNICIPAL
LOGRADOURO

Rua General Antero de Brito
NÚMERO
01

COMPLEMENTO
BAIRRO

Alto do Céu

MUNICÍPIO
ESTADO
PB

João Pessoa
PAÍS
BRASIL

CEP
58027-733

TELEFONE

E-MAIL

SERVIÇOS PRESTADOS

ITEM DA LISTA DE SERVIÇOS

4.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

DESCRIÇÃO DETALHADA

REFERENTE A DESPESAS HOSPITALARES CORRESPONDENTES A INTERNAÇÃO CLÍNICA NO DIA 15 DE AGOSTO DE 2018

OBRA VINCULADA - CONSTRUÇÃO CIVIL

LOCAL DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

MUNICÍPIO	ESTADO	PAÍS
João Pessoa	PB	BRASIL

VALORES

VALORES BÁSICOS

VALOR DOS SERVIÇOS	DESCONTO INCONDICIONADO	DESCONTO CONDICIONADO	DEDUÇÃO LEGAL
R\$ 1.937,39	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

RETENÇÕES DE TRIBUTOS FEDERAIS

PIS	COFINS	INSS	IR	CSLL
R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

VALORES COMPLEMENTARES

OUTRAS RETENÇÕES	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	ISS	VALOR LÍQUIDO
R\$ 0,00	R\$ 1.937,39	2.50 %	R\$ 48,43	R\$ 1.937,39

USO DA ADMINISTRAÇÃO TRIBUTÁRIA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES





EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IM:000000001139509
CNPJ: 06626253045414 I.E: 161915264
AV SANTA CATARINA 1100 - ESTADOS,
JOAO PESSOA - PB

DANFE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

#COD	DESC	QTD	UN	VL UNIT	RS	TOT ITEM	RS
1	151122 CEFALOXINA 500MG CPD/8 GN-EHS +	1	CX	24.32	24.32		
							-5.17
Desconto							
2	190128 CEFALOXINA 500MG CPD/10 GN-EHS +	1	UN	29.49	29.49		
							-10.89
Desconto							
3	457124 DIPIRONA SOD 16 CPD/10 GN-NW	1	CX	15.89	15.89		
							-2.69
Desconto							
4	190128 CEFALOXINA 500MG CPD/10 GN-EHS +	1	UN	29.49	29.49		
							-10.89
Desconto							
5	376716 FITA P MENOS MICROPOR BEGE25MMX4,5M	1	UN	6.51	6.51		
De:	6,51 Par:	6,20					
Desconto							-0.31
6	21970 FLAGYL 400MG CPD C/24 + 1 CXx25.75				25.75		
De:	25,75 Par:	22,15					
Desconto							-3.60
QTD. TOTAL DE ITENS						6	
VALOR TOTAL RS						97.90	
Dinheiro						97.90	

T R O C O Rs: 2.10

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLA JULIANA, SEJA BEM-VINDO(A) AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFICIOS PERSONALIZADOS PRA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 33,55

SEU SALDO DE JULHO A DEZEMBRO/2018 E DE R\$ 17.90*.
ATINJA R\$ 500.00 ATE 31/12/2018 E SEJA UM CLIENTE PURO.

*ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EX CLUINDO MEDICAMENTOS E SERVICOS. SUAS COMPRAS SAO CONTAB ILIZADAS EM ATE 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA M AIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 087.***.***-36
Operador: 88076 Vendedor: 21400
Trib aprox R\$:10,67 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Muni
Fonte: IBPT ca7g13
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000082572 Série 007 Emissão 30/08/2018 13:54:01
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

CHAVE DE ACESSO
2518 0806 6262 5304 5414 6500 7000 0825 7210 0030 3104

CONSUMIDOR
CPF: 03742514436 JULIANA DA SILVA

Consulta via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 325180203563324
30/08/2018 13:54:01

FARMÁCIA MICHELY

FRANCIMAR OLIVEIRA DE FREITAS ME

10.957.620/0001-11
R SILVINO SANTOS, 191 A - MANDACARU - joao pessoa - PB -
58027-470 - FONE: 83-3224-5446

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE CONSUMIDOR ELETRÔNICA

#COD	DESC	QTD	UN	VL UNIT	RS	VL ITEM	RS
001	13687 PVPT RIODEIRNE 100ML	1	UND	8	8,00		
002	17433 PARACETOL 500MG C/12 CAPS	1	UND	3	2,50		
003	10954 A A S INF	2	UND	0,75	1,50		
004	4168 COTONETE	1	UND	2,50	2,50		

QTD. TOTAL DE ITENS

VALOR TOTAL RS

FORMA DE PAGAMENTO

Dinheiro

004

14,50

Valor Pago

14,50

Número 000082572 - Série 007

Emissão 30/08/2018 14:44:40 - Via Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em

<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

2518 0810 9575 2000 0140 6500 2000 0414 8910 0178 2586

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



Vendedor: ELDA FREITAS Venda: 178258

Tributos Incidentes Lei Federal 12.741/12 - Total R\$ 1,60

Digifarma



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811233723400000019821991>

Número do documento: 19040811233723400000019821991



POLICLÍNICA

São Lucas

AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

Nome: Marcelo Faria da C. Sexo: M Idade: 57

CIRURGIA PROPOSTA: Fim da colon.

Queixas Cardiovasculares: SI Green Card.

Medicações em Uso: Losartan e Digoxina e Simvastatina

Antecedentes S/N

HAS (X) - TABAGISMO (X) - D. MELLITUS (X) - ASMA BRÔNQUICA (X) - DPOC ()
ALERGIA MEDICAMENTOSA (X) - INTERCORRÊNCIA ANESTÉSICA () - OUTROS ()

Exame Físico:

Estado Geral: Bom

ACV: BA Fina (ma) e normal

Outros: PA = 130 x 80 mmHg

ECG: RS + normal

GRADUAÇÃO DE RISCO (Índice de Goldman)

IAM < 6 meses = 10 pontos; IAM > 6 meses = 05 pontos; Angina tipo III = 10 pontos;
Angina tipo IV = 20 pontos; Angina Instável < 6 meses = 10 pontos; Antc. EAP = 05 pontos;
EAP < 1 semana = 10 pontos; Est Aórtica Crítica = 20 pontos; FA/ESV = 05 pontos;
ESV (+ de 5/min) = 05 pontos; ESV (< de 5/min) = 05 pontos; Emergência = 10 pontos.

X RISCO I (LEVE) = 0 a 5 Pontos - RISCO III (MÉDIO) = 13 a 25 Pontos

RISCO II (PEQUENO) = 6 a 12 pontos - RISCO IV (GRANDE) > 26 Pontos

Conclusão: RISCO CIRÚRGICO - Grau (I)

22/08/18.

Assinado por G. M. S.

Dr. Maurilio Petrucci
Cardiologia
CRM 1333

Unidade I

Av. Dr. João da Mata, 520 - Jaguaribe

CEP 58015-020 - João Pessoa/PB - Fones: (83) 3241-3309 / 3241-4978

Unidade II

Av. Dr. João da Mata, 480 - Jaguaribe

Unidade III

Av. Dr. João da Mata, 400 - Jaguaribe

www.saolucas.med.br





Hospital Samaritano

CENTRO CIRURGICO – FICHA DE CIRURGIA

Paciente: **MARILEIDE FERREIRA DE LIMA**

Idade:

Sexo: **F**

Sala: **02**

Data: 29/8/18 Convenio: **PRIVADO**

SUMÁRIO CLÍNICO

FRATURA DE ZIGOMÁTICO

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião: **DR OLAVO HOSTON**

1º. Auxiliar: **DR. AUTRAN NÓBREGA**

Anestesista: **DR THEODORO**

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Data da Cirurgia: 29/08/18

Hora Inicial:

13:20

Hora Final:

15:20

Tipo de Cirurgia: **OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE ZIGOMÁTICO**

Diagnóstico Pré-Operatório: **O MESMO**

Tipo de Anestesia: **GERAL**

Intercorrências Cirúrgicas: **NENHUMA**

Diagnóstico Pós-Operatório: **O MESMO**

Cirurgia (Descrever via acesso, Tática e Técnica, Ligadura, Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado)

1) **PACIENTE EM DDH + INTUBAÇÃO NASOTRAQUEAL TUBO POLO NORTE (01)**

2) **DEGERMAÇÃO INTRA E EXTRA ORAL**

3) **APOSIÇÃO DOS CAMPOS OPERATÓRIOS**

4) **INFILTRAÇÃO LOCAL COM NOVABUPI 3**

5) **ACESSO SUBPALPEBRAL E FRONTO-ZIGOMÁTICA**

6) **REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS (SISTEMA 1.5/2.0)**

7) **HEMOSTASIA COM STASIL**

8) **SUTURA POR PLANOS + CURATIVO**

Dr. Olavo Hoston
Cm. Buco-Maxilo-Facial
CRM 4143



Paciente:	Marilene Ferreira de Lima			Convênio:	Unimed
Cirurgia:	Fratura de fêmur			Data:	29-08-18
Cirurgião:	Dr. Osvaldo de Almeida			Anestesista:	Dr. Zilma
Auxiliar 1:	Dr. Antonio Nobrega			Anestesia:	General
Auxiliar 2:				Circulante:	Zilma
Instrumentador:				Idade:	

MEDICAMENTOS					
Água Destilada 10 ml		Droperidol		Nimbium	01'
Adrenalina		Etomidato		Neomicina Pomada	
Aminofilina		Efedrina		Neocaína Isobárica	
Amicacina		Fenergan		Neocaína Pesada	
Atropina		Fentanil 2ml		Novabupi 0,5 c/v	01'
Bextra 40mg		Fentanil 10ml		Novabupi 0,5 s/v	
Buscopam Composto		Flagyl 500mg		Nubaim	
Buscopam Simples		Fenitoína		Omeprazol	
Brycanil		Flumazenil		Oxacilina 500mg	
Clonidina	01'	Gentamicina		Pavulon	
Cipro 200mg		Glicose 50%		Plasil	
Duo Decadron		Hidrocortisona		Precedex	
Dimorf 0,2mg		Keflim 1g		Profenid	
Dimorf 10mg		Kefazol 1g	01'	Propofol	01'
Dimorf 1mg		Ketalar/Ketamin		Prostigimine	
Dexametasona mg	01'	Kolagenase Pomada		Quelicim mg	
Dipirona Sódica	02'	Lasix		Rapifen	01'
Dolosol		Liquemine		Ranitidina	
Dormonid		Narcan		Rocefin 1g	
Diazepam		Nausedron		Telebrix	

SOLUÇÕES					
Soro Fisiol. 0,9%1000ml		Soro Ringer c/ Lactato	03	PVPI Degermante	
Soro Fisiol. 0,9%500ml	02	Água Destilada 1L		PVPI Tintura	
Soro Fisiol. 0,9%250ml		Purisol		PVPI Tópico	
Soro Glicosado 5% 250ml		Manitol			
Soro Glicosado 5% 500ml		Voluven			

MATERIAIS DESCARTÁVEIS					
Agulha 13x4,5G		Conexão 2 vias	01	Luva de Procedimento	10
Agulha 25x7G		Dreno Penrose 1		Luva 7,0	
Agulha 40x12G	02	Dreno Penrose 2		Luva 7,5	01
Agulha Raqui 25G		Dreno Penrose 3		Luva 8,0	
Agulha Raqui 26G		Dreno Sucção 3,2		Luva 8,5	
Agulha Raqui 27G		Dreno Sucção 4,8		Lâmina Bisturi 11	
Agulha Peridural 16G		Dreno Sucção 6,4		Lâmina Bisturi 15	01
Agulha Peridural 17G		Dreno Tórax 32		Lâmina Bisturi 24	
Agulha Peridural 18G		Dreno Tórax 36		Máscara Descartável	05
Agulha de Bloqueio Plexo		Dreno Tórax 38		Propé	
Jelco 14G		Esparadrapo		Seringa 1ml	
Jelco 16G		Elétrodos	05	Seringa 3ml	
Jelco 18G		Equipo Macrogotas	01	Seringa 5ml	01
Jelco 20G		Equipo Microgotas		Seringa 10ml	02
Jelco 22G	01	Escova degermante	02	Seringa 20ml	03
Jelco 24G		Gorro Descartável	01	Seringa 60ml	
Atadura Crepom 15cm		Gaze Pacote	06	Sonda Foley 3v 18	
Atadura Crepom 30cm		Gelfoan		Sonda Foley 3v 20	
Atadura Gessada		Surgicel		Sonda Foley 3v 22	
Coletor Sist. Aberto		Intracath		Sonda Foley 2v 12	
Coletor Sist. Fechado		Catéter monolúmen		Sonda Foley 2v 14	
Cateter Nasal		Filtro bacteriológico		Sonda Foley 2v 16	
Cateter Peridural 16		Capa VDL	01	Sonda Foley 2v 18	

EQUIPAMENTOS					
Aspirador	✓	Capnógrafo		Fonte de Luz	
Bisturi Elétrico	✓	CO2		Monitor	✓
Bomba de Infusão		Oxigênio	✓	Respirador	✓
Carro de VDL		Nitrogênio		Oxímetro	✓

HALOGENADOS					
Sevorane (ml)		Halotano (ml)		Forane (ml)	

Valterio Cardozo de Almeida
Enfermeiro
COREN 346.122





Hospital Samaritano

IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: _____ Registro: 0020828
Nome: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA
Mãe: SEVERINA FRANCELINA DA SILVA
Atendimento: _____ Nasc: 12/03/1964 (54 ANOS)
Convênio: _____ Convenio: PART/PACOTE
Inter: CIRÚRGICO Dat: 29/08/2018
Cirurgia: Fratura de mão
Cirurgião: Dr. Olavo Mouton
Sala: 08 Data: 29-08-18
Circulante de sala (não rubricar): Zilma





Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: Maryleide Ferreira
Leito: _____ Convênio: Privado Setor: _____

DATA	
14h	Bu F (29/08/18) Retirada de sutura de ziparel intenso p/ cirurgia de fixação
15h	Bu F (29/08/18) Retirada de TCO anexo procedimento s/ intubação Alta prevista p/ amanhã às 12h
	20/08/18 às 12:00 Retirada de DPO e suture s/ de s/ anexo pouco tempo pós-operatório e prescrito ATB + Analgésico p/ dor Alta Bu F

Dr. Otávio Hoston
Cir. Buco-Maxilo-Facial
CRC 4143



HOSPITAL SAMARITANO – Serviço de Farmácia DATA: **29/08/2018.**
Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Individualizada - SDMDI

PRESCRIÇÃO

PACIENTE: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA. APTO: PRIVADO

CONVENIO:

ORD	AGENTE TERAPÊUTICO/QUANT./VIA	HORÁRIO
1-	DIETA LÍQUIDO FRIA VO	n. eienty
2-	SORO RINGER LACTADO 1.500 ML EV 24H	17 22 31
3-	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	21 03 09
	COMPRESSA GELADA 2/2H NA FACE	17 19 21 23
4-	TILATIL 40 MG + AD EV 12/12 H	21 03 09
	DEXAMETASONA 2,5ML EV 6/6H	17 22 05 11
5-	OMEPRAZOL 40 MG (IV) A CADA 24/24 H	05 (30/08)
6-	DIPIRONA 04CC AD 10 CC EV DE 6X6H LENTO	21 03 09
7-	NAUSEDRON 4MG + 100 ML FISIOLÓGICO 0,9% (IV) 8/8 HORAS-----S/N	SN.
8-	TRAMAL 100 MG + 100 ML DE SORO FISIOLÓGICO DE 8/8 HORAS (CORRER LENTO) EV SE DOR FORTE	SN.
9-	CABEÇEIRA ELEVADA 30°.	Atenção
10	HIGIENE ORAL APÓS REFEIÇÕES COM CEPACOL	C/ família
	SSVV DE 6X6H.	Rotina
	CURATIVO APÓS BANHO	Atenção
DR OLAVO HOSTON CRO PB 4143		SEPARADO POR



Ao Hospital Samaritano
A/C Setor Responsável

Assunto: Solicitação de Cópia de Prontuário.

Eu Juliana da S. Borges Pereira, portador (a) do RG nº 3.527.085, inscrito no CPF/MF sob o nº 087.425.144-36 residente na Rua Jambrós Hermans BarBoma Gomes nº 19, venho por meio desta requerer a V.Sª, cópia integral de prontuário médico do paciente Marielide Femeima de Lima relativo ao período () de sua internação nesse nosocômio, conforme os termos vigente nos artigos 70 da Resolução CFM nº 1.246/1988 (revogada pela Resolução CFM nº 1.931/2009) e 89, instituído no Código de Ética Médica.

Declaro que segundo as informações contidas nesse documento será utilizada no estrito interesse do paciente ou de sua família, e ainda, que estou ciente dos efeitos civis e criminais da sua inadequada utilização, assumindo inteira responsabilidade.

Documentação exigida ao requerente:

Cópia de Carteira de Identidade autenticada.

Procuração simples com firma reconhecida em cartório (em caso terceiros).

Obs 1.: No caso de óbito a família terá direito devidamente com comprovação (certidão de óbito e procuração com poderes)

Prazo de entrega: 05 dias úteis (prazo este que poderá sofrer alteração caso haja alguma eventualidade)

Taxa: Será cobrado o valor de R\$ 0,15 (por folha), na entrega da cópia (Xerox).

A cópia solicitada destina-se a: _____

_____ nestes termos, peço acatamento.

*Autorizo a entrega do documento ao familiar Sr. (a) Juliana da Silva Borges Pereira

Atenciosamente,

João Pessoa, _____/_____/_____

Juliana da S. Borges Pereira
Assinatura

Telefone (s): 083988316094 083998491644

Atendente: _____ Turno: _____ Horário: _____

Av. Santa Lúcia, nº 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CNPJ 09.179.777/0001-92 - Fone: (83) 3246.3100





DECLARAÇÃO

Conforme solicitação da Sr^a. JULIANA DA SILVA BORGES PEREIRA estamos entregando copia do prontuário da Sr^a. **MARILEIDE FERREIRA DE LIMA** no período de 15/08/2018 a 17/08/2018.

João Pessoa, 24 de Agosto 2018.

Dr. Marco Antonio Barros
CRM 4617
Gestor Clínico
Hospital Samaritano

Marco Antonio Barros
Diretor Clínico

Avenida Santa Júlia 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CGC 09.129.222/0001-83 - Fone/Fax (083)3048-2100 e-mail hsamaritano@veloxmail.com.br





DECLARAÇÃO

Conforme solicitação da Sr^a. JULIANA DA SILVA BORGES PEREIRA estamos entregando copia do prontuário da Sr^a. **MARILEIDE FERREIRA DE LIMA** no período de 29/08/2018 a 30/08/2018.

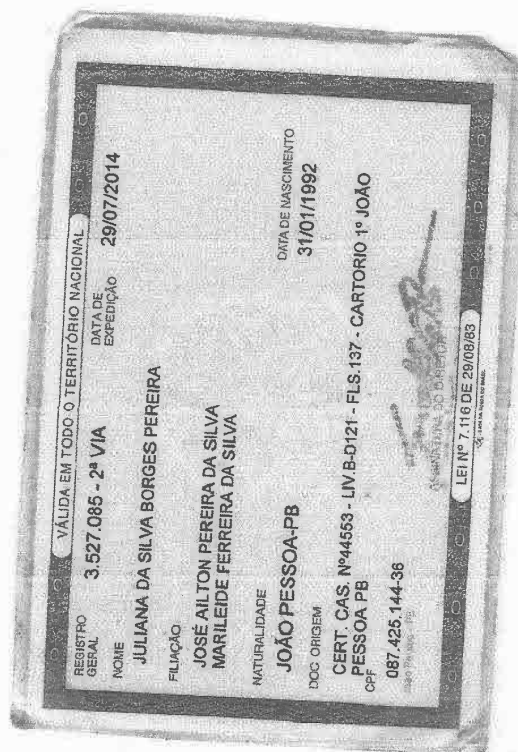
João Pessoa, 13 de Setembro de 2018.

Dr. Marco Antonio Barros
CRM 4617
Gestor Clínico
Hospital Samaritano

Marco Antonio Barros
Diretor Clínico

Avenida Santa Júlia 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CGC 09.129.222/0001-83 - Fone/Fax (083)3048-2100 e-mail hsamaritano@veloxmail.com.br







Hospital Samaritano

CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

Ficha de Evolução Clínica		
Paciente:	Pauline Ferreira de Lima	
Leito:	Convênio:	Setor:

DATA	
15/08/18	Paciente indígena apudito, portador de fratura dos zigomáticos, liberada espontaneamente (Quel, Trauma NCR) para acompanhamento pelo fono. ECG, LODE, AAA. cd: Interações terapêuticas Início profilático.
15/08/18	Buco-Maxilo-Facial Pct em 2º DIA, cura e profusão do zigomático D. Chema +7, pronação em hemifaca D. Orientado quanto higiene facial e cuidados gerais. Alta prevista p/ sexta (17/08) e retorno p/ TBO emergencial. Paula de Oliveira Passos MÉDICA CRM-123456
16/08/18	BuF. Paciente em 3º DIA, evoluindo bem, ferimentos em escarificação, apical, EOR, aguarda melhora do edema e início escarificação p/ alta. Solicitado hemograma p/ amanhã (17/08). Dr. Olavo Hoston Cir. Buco-Maxilo-Facial CRC-12345 Dr. Olavo Hoston Cir. Buco-Maxilo-Facial CRC-12345



30

19788

Prescrição Médica

Date: 15/08/2018

Handwritten: Handwritten Francis De la Cruz

Apt: 50

Particulars

Dr. Paula de Oliveira Passos
MÉDICA
CRM/RB 10101

STEP 15 AND FOR:

CRIM:



9788



Prescrição Médica

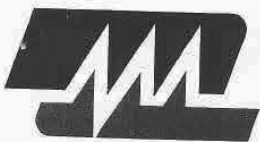
Date: 16 / 08 / 18

Clinica:	Buco - Alcala.	Apt:	50	Carretero:
----------	----------------	------	----	------------

Dr. Olavo H. Boston
Cir. Buco-Maxillo-Facial
CRQ-4143

Maya Glenn
Enfermeira
CURR. 250572





LABORATÓRIO
MAURÍLIO DE ALMEIDA
Precisão Absoluta



E-mail: farocha@uol.com.br

Sr (a): MARILEIDE FERREIRA DE LIMA
Di (a): MONICA LORENA DIAS M F BARROS

Data: 17/08/2018

Diretor médico: Dr. Fábio Antônio da Rocha CRM 3089-PB

Exame Nro: 1808170013

Convenio: PARTICULAR

Nro.R.G.: 1194948

Data de Nascimento: 12/03/1964

Reg Hospitalar: 50 CPF:

Data da impressão: 17/08/2018

Hora do Cadastro : 00:56:37

Procedência: SAMARITANO

PLANO: BASICO

COPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: Sangue

SÉRIE ERITROCITÁRIA

	Valores Obtidos
Hemácias em Milhões/mm3	3,56
Hemoglobina em g/dl.....	11,4
Hematócrito em %	35,4
Vol.Glo.Médio em fl.....	99,4
Hem.Glob.Média	32,0
C.H.Glob.Média em g/dl.....	32,2
RDW	17,2

Valores de Referência

3,87	a	5,15
11,8	a	15,2
34,0	a	45,0
80	a	100
27	a	33
32	a	36
11,5	a	15,5

SÉRIE LEUCOCITÁRIA

Leucócitos por mm3

Valores Obtidos
9.700 /mm3Valores de Referência
5.000 a 10.000 /mm3

	V. Relativos	V. Absoluto	V.Relativos	V.Absolutos
Neutrófilos Totais	66	6.402	41 a 77	1.600 a 7.700
mielócitos	0	0	00 a 00	00 a 00
metamielócitos	0	0	00 a 01	00 a 100
Bastonetes	4	388	00 a 05	00 a 500
gmentados	62	6.014	36 a 66	1.600 a 6.600
Eosinófilos	3	291	01 a 05	50 a 500
Linfócitos Típicos	25	2.425	24 a 44	1.100 a 4.400
Linfócitos Atípicos	0	0	00 a 02	00 a 200
Monócitos	6	582	03 a 07	300 a 700

* Determinação eletrônica realizada pelo Pentra - 120 /ABX. Histograma disponível em nossos serviços.
* Valores referenciais são obtidos pela idade.

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 283 mil /mm3

(Sangue)Método: Pentra 120 ABX

V.Referencia: 150 - 450 mil/mm3

VOLUME PLAQUETÁRIO MÉDIO: 8,1 µm3

(Sangue)Método: Pentra 120 ABX

V.Referencia: 6,0 a 10,0 µm3

Fábio Rocha
Dr.Fábio Rocha
Patologista Clínico
CRM:3089





LABORATÓRIO
MAURÍLIO DE ALMEIDA
Precisão Absoluta



CONTROLE
DE
QUALIDADE
SEPC
ESPECIALIDADE
DE PATOLOGIA CLÍNICA

E-mail: farocha@uol.com.br

Sr (a): MARILEIDE FERREIRA DE LIMA
Dr (a): MONICA LORENA DIAS M F BARROS

Data: 17/08/2018

Diretor médico: Dr. Fábio Antônio da Rocha CRM 3089-PB

Convenio: PARTICULAR

Exame Nro: 1808170013

Data de Nascimento: 12/03/1964

Nro.R.G.: 1194948

Data da impressão: 17/08/2018

Reg Hospitalar: 50 CPF:

Procedência: SAMARITANO

Hora do Cadastro : 00:56:37

PLANO: BASICO

PROTEINA C REATIVA : 31,00 mg/dl
(Soro) Método: Mindray -BS800 V.Referência: até 6 mg/dl

*COPIA CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL SAMARITANO LTDA.*

Fábio Rocha da Rocha
Dr.Fábio Rocha
Patologista Clínico
CRM:3089



HOSPITAL SAMARITANO**AVENIDA JULIA FREIRE JOAO PESSOA - PB****CNPJ: 09129222000183 Fone: (83) 3048.2100**

Emissão: 25/10/2018 10:26:02

Página: 1 de 2

Detalhamento da conta

Atendimento: SAM - 00019788 Conta: 00020264 Tipo da Conta: INTERNACAO
Prontuário: 00118656 MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Admissão: 15/08/2018 10:58

Endereço do paciente: RUA JARBAS HERMANO BARBOSA, 19 CASA
MANDACARU - Cep: 58.027-733 JOAO PESSOA / PB

Convênio: 1 PARTICULAR

Guia Médica: 0015082018

Tipo de atendimento: INTERNAÇÃO

Matrícula:

Validade da carteira:

/ /

Médico: OLAVO HOSTON

CRM: 4143

CPF: 04988433439

CONTA AINDA NÃO FECHADA

Data da Internação: 15/08/2018 Data da Alta: 17/08/2018 Permanência: 002 dia(s) Leito : AP50 / O APARTAMENTO

Diagnostico da Alta:

Código	Nome do Produto	Qtde. CH	VI. CH	VI. Filme	Unid.	Qtde.	VI. Unit.	VI. Total
--------	-----------------	----------	--------	-----------	-------	-------	-----------	-----------

Dia: 15/08/2018

Departamento: SÃO JOSÉ

Grupo de Produto: MEDICAMENTOS

00021610	AGUA DESTILADA 10ML	0,00	0,00	0,00	AMP	10,00	0,81	8,10
00021326	CEFALOTINA 1G - KEFLIN	0,00	0,00	0,00	FRAM	4,00	9,46	37,84
00022810	DIPIRONA 500MG/ML (2ML)	0,00	0,00	0,00	AMP	4,00	0,88	3,52
00021911	SORO RINGER LACTATO 500ML	0,00	0,00	0,00	FRA	3,00	8,63	25,89
00021237	TENOXICAM 20MG (PÓ P/ SOL.INJ.)	0,00	0,00	0,00	FRAM	2,00	8,19	16,38
00021822	SORO FISIOLÓGICO 0,9% (10ML)	0,00	0,00	0,00	AMP	1,00	0,97	0,97
00021873	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML	0,00	0,00	0,00	FRA	1,00	6,29	6,29
Total de MEDICAMENTOS :								98,99

Grupo de Produto: MATERIAL MEDICO HOSPITALAR

00024988	CONEXAO 2 VIAS	0,00	0,00	0,00	UND	1,00	7,43	7,43
00025240	EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATER	0,00	0,00	0,00	UND	1,00	37,73	37,73
00026190	SERINGA DESC. 10ML	0,00	0,00	0,00	UND	6,00	3,78	22,68
00026212	SERINGA DESC. 20ML	0,00	0,00	0,00	UND	4,00	5,78	23,12
00025550	JELCO Nº22	0,00	0,00	0,00	UND	1,00	30,92	30,92
00025755	LUVA PROCEDIMENTO G	0,00	0,00	0,00	PAR	10,00	1,34	13,40
00025224	EQUIPO TRANSFUSAO DE SANGUE	0,00	0,00	0,00	UND	2,00	75,29	150,58
00026220	SERINGA DESC. 5ML	0,00	0,00	0,00	UND	1,00	2,09	2,09
Total de MATERIAL MEDICO HOSPITALAR :								287,95

Grupo de Produto: DIARIAS

00026913	DIÁRIA DE APARTAMENTO	0,00	0,00	0,00		2,00	443,58	887,16
Total de DIARIAS :								887,16

Grupo de Produto: TAXAS

00033014	TX DE ADMINISTRATIVA	0,00	0,00	0,00		1,00	73,14	73,14
00033022	TX DE INTERNACAO	0,00	0,00	0,00		1,00	54,46	54,46
Total de TAXAS :								127,60

Grupo de Produto: EXAME AGENCIA TRANSFUSIONAL

40403173	GRUPO SANGUÍNEO ABO E RH - PESQUIS	0,00	0,00	0,00		5,00	29,23	146,15
	CRM: 0-			CPF:				
40403688	TESTE DE COOMBS DIRETO	0,00	0,00	0,00		3,00	12,75	38,25
	CRM: 0-			CPF:				
40403025	ANTICORPOS ERITROCITÁRIOS NATURAIS	0,00	0,00	0,00		3,00	14,43	43,29
	CRM: 0-			CPF:				
40403343	PESQUISA DE ANTICORPOS SÉRICOS IRR	0,00	0,00	0,00		3,00	24,07	72,21
	CRM: 0-			CPF:				
00	PROVA DE COMPATIBILIDADE PRÉ TRANS	0,00	0,00	0,00		3,00	15,18	45,57



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811253873600000019822116>

Número do documento: 19040811253873600000019822116

HOSPITAL SAMARITANO**AVENIDA JULIA FREIRE JOAO PESSOA - PB**
CNPJ: 09129222000183 Fone: (83) 3048.2100

Emissão: 25/10/2018 10:26:02

Página: 2 de 2

Detalhamento da conta

Atendimento: SAM - 00019788	Conta:	Tipo da Conta:	Admissão: 10:58
Prontuário: 00118656	MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		

Total do dia 16/08/2018 : 151,64**TOTAL DA CONTA: 1.937,39**

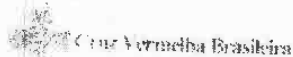


Boletim de Atendimento: 1101117



Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARILEIDE FERREIRA DE LIMA	BAE 1101117	Data/Hora Entrada 13/08/2018 14:23:26	Data Baixa
Data de nascimento 12/03/1984	Idade 34a 5m 1d	Sexo Feminino	CNS 708403728553766
Mãe SEVERINA FRANCELINA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988804398
Endereço GENERAL ANTERO DE BRITO, 19	Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO	UF PB
Data/Hora Classificação 13/08/2018 14:23:26		Data/Hora Prescrição 13/08/2018 14:32:35	Nº Cons. Regional 3131/PB

Anamnese

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA. REFERE CEFALÉIA E APRESENTA FERIMENTO CORTO (TENDÃO NÃO SUTURADO) EM REGIÃO FRONTAL. REFERE PERDA DE FORÇA NO LADO DIREITO DO CORPO.

EXAME

EXAME FÍSICO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,6 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

DIPLOMA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

TRIMETOPRIM, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MG/MS)

CIUDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

MEIO TOMOGRAFIA - FAST

CID-10

Diagnóstico	Exatidão
Diagnóstico	Exatidão

Conduta

Em observação

Lenisio Bragante de Araújo
CRM 3131

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

LENISIO BRAGANTE DE ARAUJO
(3131/PB)

Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:30

Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:30

Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:30

Número do documento: 19040811254985900000019822126



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA	1101117	13/08/2018 14:23:26	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
12/03/1964	54a 5m 1d	Feminino	(83) 988804398
Mãe			Prontuário
SEVERINA FRANCELINA DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
GENERAL ANTERO DE BRITO, 19	ALTO DO CÉU	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DANIEL ESPINDOLA RONCONI	7423/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
13/08/2018 14:23:26		13/08/2018 18:09:43	

Anamnese

#NCR

ACIDENTE VITIMA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COMTRAUMA FACE E TCE. NEGA CEFALIA, CERVICALGIA E LOMBALGIA. NEGA NAUSEAS E VOMITOS. REFERE DO EM JOELHO DIREITO.

EXAME:

GLASGOW:15/15.

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

AUSÊNCIA DE DEFICITS MOTORES.

TC DE CRÂNIO: AUSÊNCIA DE ALTERAÇÕES TRAUMATICAS INTRACRANIANAS. FRATURA DE FACE JA AVALIADA PELA BMF.

HD:TCE LEVE COM FRATURA DE FACE.

CD: AUSÊNCIA DE PROPOSTA NEUROCIRURGICA.

SOLICITO RX DE JOELHO DIREITO E AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

REAVLIAÇÃO DA CIRURGIA GERAL

ALTA DA NCR.

Conduta

Em observação

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 13/08/2018 14:24:59

/172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=361220&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811254985900000019822126

Número do documento: 19040811254985900000019822126



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Santidade Humberto LuzenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		BAE 1101117	Data/Hora Entrada 13/08/2018 14:23:26	Data Baixa
Data de nascimento 12/03/1964	Idade 54a 5m 1d	Sexo Feminino	CNS 708403726553766	Telefone de Contato (83) 968804398
Mãe SEVERINA FRANCELINA DA SILVA		Prontuário		
Endereço GENERAL ANTERO DE BRITO, 19		Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANIBAL HENRIQUE BARBOSA LUNA		Nº Cons. Regional 3041/PB
Data/Hora Classificação 13/08/2018 14:23:26		Data/Hora Prescrição 13/08/2018 16:44:40		

Anamnese

PACIENTE RELATA TER SOFRIDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC). NEGA VOMITO, DESMAIO, ALERGIA MEDICAMENTOSA, RELATA DOENÇAS DE BASE HIPERTENSÃO FAZENDO USO DE LOSARTANA, SINVASTATINA, HIDRO 25MG, NO MOMENTO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, NORMOCORADA, EUPNEICA, SEM SANGRAMENTO ATIVO EM FACE, AFEBRIL, EM MACA, VIAS AEREAS PERVIAS.

AO EXAME FÍSICO: MOVIMENTOS OCULARES + ACUIDADE VISUAL PRESERVADOS, MÚLTIPLAS ABRASÕES EM FACE COM MAIOR EXTENSÃO EM HEMIFACE (D), FCC EM REGIÃO FRONTOZIGOMÁTICA (D), CREPTAÇÃO EM ZIGOMA (D), DEGRAU EM REBORDO ÓSSEO INFRA ORBITAL (D), DEPRESSÃO EM ARCO ZIGOMÁTICO (D), DEPRESSÃO EM PILAR ZIGOMÁTICO (D), BOA ABERTURA BUCAL, MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, OCLUSÃO MANTIDA;

TC: OBSERVA-SE SINAL DE FRATURA DE ZIGOMA (D) COM ROTAÇÃO MEDIAL + FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO (D), FRATURA DE PAREDE ANTERIOR + POSTERIOR DE SEIO MAXILAR (D), HEMOSSINUS EM SEIO MAXILAR (D)

CD: 1-ORIENTAÇÕES 2- SUTURA 3- AGUARDA LIBERAÇÃO DAS DEMAIS ESPECIALIDADES PARA INTERNAMENTO HOSPITALAR

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e maxilares

Conduta

Em observação

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Dr. Anibal H. B. Luna
Cirurgião Especialista em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e PescoçoANIBAL HENRIQUE BARBOSA LUNA
(CRO: 3041/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 13/08/2018 14:24:59

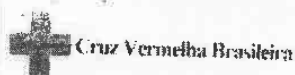


Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811254985900000019822126

Número do documento: 19040811254985900000019822126

Num. 20376891 - Pág. 4



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		BAE 1101117	Data/Hora Entrada 13/08/2018 14:23:26	Data Baixa
Data de nascimento 12/03/1964	Idade 54a 5m 2d	Sexo Feminino	CNS 708403728553766	Telefone de Contato (83) 988316094
Mãe SEVERINA FRANCELINA DA SILVA		Prontuário		
Endereço GENERAL ANTERO DE BRITO, 19		Bairro ALTO DO CÉU	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JUAREZ SILVESTRE NETO	Nº Cons. Regional 11302/PB	
Data/Hora Classificação 13/08/2018 14:23:26		Data/Hora Prescrição 14/08/2018 02:04:40		

Anamnese

1- AVALIAÇÃO
2- O PACIENTE SEGUE COM MELHORA DAS QUEIXAS INICIAIS
3- CID: 1- SEGUE PARA INTERNAÇÃO PELA BUCOMAXILO
4- 2- ALTA DA CIRURGIA GERAL

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

Dr. Juarez Silvestre
MÉDICO RESIDENTE
CIRURGIA GERAL
JUAREZ SILVESTRE NETO
(CRM: 11302/PB)

Printado e registrado por: JOSEVALDO DA SILVA em 13/08/2018 14:24:59



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

a cru
interna/BMF

Paciente MARILEIDE FERREIRA DE LIMA	BAE 1101117	Data/Hora Entrada 13/08/2018 14:23:26	Data Baixa
Data de nascimento 12/03/1964	Idade 54a 5m 2d	Sexo Feminino	CNS 708403728553766
Mão SEVERINA FRANCELINA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988316094
Endereço GENERAL ANTERO DE BRITO, 19			Prontuário
Bairro ALTO DO CÉU			UF PB
Município JOAO PESSOA			Nº Cons. Regional 6350/PB
Acidente VEICULO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TORIBIO GOMES PEREIRA
Data/Hora Classificação 13/08/2018 14:23:26		Data/Hora Prescrição 14/08/2018 00:00:04	
Anamnese PACIENTE SEM SINAIS DE FRATURA; ALTA DA ORTOP.			
Conduta em observação			

CRM: 6350
Cirurgião do Joelho
Ortopedia - Traumatologia
Dr. Toribio Gomes Pereira

MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

TORIBIO GOMES PEREIRA
(CRM: 6350/PB)

Boletim registrado por: JOSEVALDO DA SILVA em 13/08/2018 14:24:59

Unidade Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	MARILEIDE FERREIRA DE LIMA			BAE	1101117	Data/Hora Entrada	13/08/2018 14:23:26	Data Baixa	
Data de nascimento	12/03/1964	Idade	54a 5m 2d	Sexo	Feminino	CNS	708403728553766	Telefone de Contato	(83) 988316094
Mãe	SEVERINA FRANCELINA DA SILVA							Prontuário	
Endereço	GENERAL ANTERO DE BRITO, 19			Bairro	ALTO DO CÉU	Município	JOAO PESSOA	UF	PB
Acidente	VEICULO X MOTO			Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	TALVANE SOBREIRA	Nº Cons. Regional	2262/PB
Data/Hora Classificação	13/08/2018 14:23:26					Data/Hora Prescrição	14/08/2018 06:31:59		

Anamnese

Em tempo:

internamento hospitalar pela CTBMF.

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: 'PASTOSA)

JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 50,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

AGUA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H

AGUA 10MG (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO NAÚSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 600mg)

MANUELA DA SILVA em 13/08/2018 14:24:59





TRAUMA SL JADOR H

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA

Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:30

Data: 14/08/18 06:32
Local: TALVANE
Boleim: 1101117

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: MARILÉNE FERREIRA DE LIMA
Data de Nascimento: 12/03/1964
Sexo: FEMININO
Idade: 54a 5m 2d
Nº Prontuário: 1101117
Data Prescrição: 14/08/2018 06:31:59
Validade da Prescrição: 14/08/2018 06:31:00 - 15/08/2018 06:31:00
Matrícula:
Senha:
Convênio: SUS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1	DIETA	0.0		ORAL			
2	LEITE REFORÇADO	0.0		E.V.			
3	INSULINA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
4	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
5	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	50.0	MG	E.V.			17 05 05 11
6	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
7	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
8	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
9	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	1.0	G	E.V.			17 05 05 11
10	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
11	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
12	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
13	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
14	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
15	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
16	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
17	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
18	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
19	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
20	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
21	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
22	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
23	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
24	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
25	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
26	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
27	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
28	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
29	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
30	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
31	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
32	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
33	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
34	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
35	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
36	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
37	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
38	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
39	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
40	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
41	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
42	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
43	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
44	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
45	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
46	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
47	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
48	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
49	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
50	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
51	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
52	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
53	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
54	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
55	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
56	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
57	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
58	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
59	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
60	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
61	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
62	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
63	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
64	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
65	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
66	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
67	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
68	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
69	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
70	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
71	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
72	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
73	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
74	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
75	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
76	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
77	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
78	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
79	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
80	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
81	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
82	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
83	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
84	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
85	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
86	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
87	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
88	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
89	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
90	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
91	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
92	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
93	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
94	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
95	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
96	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11
97	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
98	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	E.V.			17 05 05 11
99	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	ML	E.V.			17 05 05 11
100	INSULINA 500 MG/2ML (AMPOLA 2ML)	10.0	MG	E.V.			17 05 05 11

Rita de Cássia A. da Silva
Enfermeira
COREN/PA 404.130

Assinatura e Carimbo do Profissional
14 de Agosto de 2018

TALVANE SOBREIRA
CRM: 2262

Data: 14/08/18 06:32
 Usuário: TALVANE
 Relatório: 1101117

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome do Paciente	MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		Data de Nascimento	12/03/1964	Idade	54a 5m 2d	Sexo	FEMININO	Nº	1101117	Nº Prontuário	14/08/2018 06:31:59
Motivo do Atendimento			Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição		14/08/2018 06:31:00 - 15/08/2018 06:31:00				
Convenio	SUS		Matrícula			Senha						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aplazamento
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						
11 SSVV + CCGG	0.0						
12 HIGIENE ORAL RIGOROSA	0.0						

14 de Agosto de 2018

Dr. Talvane Sobreira
 CIRURGIÃO GERAL

Assinatura e Carimbo do Profissional

TALVANE SOBREIRA
 CRM: 2262

COOPERATIVA DE SAÚDE TALVANE
 03.11.130



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA S. NADOR H

Data:	14/08/18 06:32
Unidade:	TO - JANE
Boletim:	1101117

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:	MARIE IDE FERREIRA DE LIMA	Data de:	12/03/19x4	Idade:	54a 5m 2d	Sexo:	FEMININO	Nº:	1101117	Nº Prontuário:	14/08/2018 06:31:59
Motivo do Atendimento:	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição:	14/08/2018 06:31:00 - 15/08/2018 06:31:00								
Convenio:	SUS	Matrícula:	Senha								

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximada
10 ICABECERA ELEVADA A 30º	0,0						
11 SSVV + COGG	0,0						
12 HIGIENE ORAL RIGOROSA	0,0						

14 de Agosto de 2018

Talvane Sobreira
Cirurgia Geral

Assinatura e Carimbo do Profissional

TALVANE SOBREIRA
CRM: 2762

Rua de Cássia A. da Silva
Enfermeira
COREP-BA-404.130

UNADOR H

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMATISMO

Cruz Vermelha Brasileira

Data: 13/08/2018 15:51
 Usuário: ALE
 Boleim: 001117

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
MARILEIDE FERREIRA DE LIMA	12/03/1964	54a 5m 1d	FEMININO	1101117		13/08/2018 15:51:43
Motivo do Atendimento	Enfermária / Leito					
Convenio	Validade da Prescrição					
SUS	13/08/2018 15:51:00 - 14/08/2018 15:51:00					
Matricula			Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0.0						
2 SUTURA DE FERIMENTO	0.0						

Dr. Alexandre Tamiro
 Médico
 CRM-PB 11395

ALEXANDRE FERREIRA TAMIRO
 CRM: 11395

Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 13/08/18 14:32		Paciente: LENISIO	
Boleto: 1101117			
Nome: MARILSON FERREIRA DE LIMA	Data de Nascimento: 22/03/1964	Idade: 54a 5m 1d	Sexo: FEMININO
Módo de Atendimento: Enfermaria / Leito		Nº Prontuário: 1101117	Data Prescrição: 13/08/2018 14:32:35
Convenio: SUS		Matricula: 13/08/2018 14:32:00 - 14/08/2018 14:32:00	Validade da Prescrição: 13/08/2018 14:32:00 - 14/08/2018 14:32:00
Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIETA ZERO	0.0			NEHUMA			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO FRASCO	1500.0	ML		E.V.		24H	
3 DILUTORA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2.0	ML		E.v.		6/6H	94:40-10:40
3 Diluente: AGUA DESTILADA	10.0	ML					6/6H
4 TETANOGAMIN	1.0	UI		INTRAMUSCULAR		AGORA	F
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0						

Leito 309018 do 3090
 LENISIO BINGUANTE DE ARAUJO
 CRM 3131

13 de Agosto de 2018
 Lenisio Binguante de Araujo
 Assinatura e Carimbo do Profissional

União Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por:
FRANCLAUDIA FERNANDES
ALVES
Em: 15/08/2018 11:28:39

MARLEIDE FERREIRA DE LIMA		Boletim de Atendimento 1101117	Data/Hora Entrada 13/08/2018 14:23:26	Data/Hora Saída
Data de nascimento 12/03/1964	Idade 54	Sexo Feminino	CNS 708403728553766	Prontuário 110472
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

CONCLUSÃO MÉDICA (IGOR BATISTA CAMARGO - 14/08/2018 17:55:24)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO: TOMOGRAFIA REALIZADA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE INTERNADA PELA BMF PARA TRATAMENTO DE FRATURA ZIGOMÁTICO ORBITÁRIA DIREITA FAZENDO USO DE PRESCRIÇÃO PADRÃO DA ESPECIALIDADE. A MESMA TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA CONTROLADA COM MEDICAÇÃO VIA ORAL EM RESIDÊNCIA. AS MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO NÃO ESTÃO DISPONÍVEIS PELA FARMÁCIA OU AQUELAS QUE ESTÃO EM DOSAGEM DIFERENTE DA REGULARMENTE USADA PELA PACIENTE. ALÉM DISSO, O CORPO DE ENFERMAGEM ALEGA NÃO PODER RECEBER A MEDICAÇÃO QUE FOI REGULARMENTE DISPONIBILIZADA PELOS FAMILIARES.

ASSIM, SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA DA CLÍNICA MÉDICA PARA PRESCRIÇÃO E AJUSTE DA MEDICAÇÃO DE TRATAMENTO DA HAS DA PACIENTE EM QUESTÃO.

Sessão: ÁREA LARANJA - UDC A Leito: 0006

Profissional responsável pela informação: IGOR BATISTA CAMARGO

ALTA MÉDICA

Número Conselho: 4632

ALTA MÉDICA

USUÁRIO:

DATA E HORA:

MOTIVO DE ALTA:

CONDUTA:

OLAVO HOSTON GONCALVES PEREIRA

15/08/2018 08:57:35

ALTA HOSPITALAR

Paciente será tratada em outro hospital por interesse familiar



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: IGOR BATISTA
CAMARGO
Em: 14/08/2018 17:55:35

Paciente MARILEIDE FERREIRA DE LIMA	Boletim de Atendimento 1101117	Data/Hora Entrada 13/08/2018 14:23:26	Data/Hora Saída
Data do nascimento 12/03/1964	Idade 54	Sexo Feminino	CNS 708403728553766
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 110472	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MÉDICA (IGOR BATISTA CAMARGO - 14/08/2018 17:55:24)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO: TOMOGRAFIA REALIZADA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

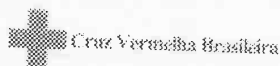
PACIENTE INTERNADA PELA BMF PARA TRATAMENTO DE FRATURA ZIGOMÁTICO ORBITÁRIA DIREITA FAZENDO USO DE PRESCRIÇÃO PADRÃO DA ESPECIALIDADE.
A MESMA TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA CONTROLADA COM MEDICAÇÃO VIA ORAL EM RESIDÊNCIA.
AS MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO NÃO ESTÃO DISPONÍVEIS PELA FARMÁCIA OU AQUELAS QUE ESTÃO, TEM SUA DOSAGEM DIFERENTE DA REGULARMENTE USADA PELA PACIENTE.
ALÉM DISTO, O CORPO DE ENFERMAGEM ALEGA NÃO PODER RECEBER A MEDICAÇÃO QUE FOI PRONTAMENTE DISPONIBILIZADA PELOS FAMILIARES.

ASSIM, SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUTA DA CLÍNICA MÉDICA PARA PRESCRIÇÃO E AJUSTE DA MEDICAÇÃO DE TRATAMENTO DA HAS DA PACIENTE EM QUESTÃO.

Seção: ÁREA LARANJA - UDC A Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: IGOR BATISTA CAMARGO

Número Conselho: 4632


IGOR BATISTA CAMARGO
CRM: 4632-98
Id. 010193005-6 MOVES



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

PACIENTE MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		IDADE 54a 5m 3d	DATA DE NASCIMENTO 12/03/1964
PROFISSIONAL TALVANE SOBREIRA		NÚMERO DO CONSELHO 2262/PB	
UNIDADE CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA		DATA DO PEDIDO 14/08/2018 06:30:00	DATA PREV. ENTREGA
SETOR DE ORIGEM LEITO 0006 - AREA LARANJA - UDC A	CONVÊNIO	PROTOCOLO 360978	BE 1101117

TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP) - QUANTIDADE: 1
COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP)

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

51 U/L

Ate 41 U/L U/L

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA
CRBM 4942 - PB
Em: 14/08/2018 14:34:05
Protocolo número: 20180814143406/360978/237

UREIA - SORO - QUANTIDADE: 1
COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

UREIA - SORO

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

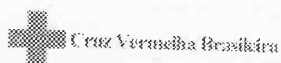
32 mg/dL

10 a 50 mg/dL mg/dL

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA
CRBM 4942 - PB
Em: 14/08/2018 14:34:05
Protocolo número: 20180814143406/360978/224

Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

PACIENTE MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		IDADE 54a 5m 3d	DATA DE NASCIMENTO 12/03/1964
PROFISSIONAL TALVANE SOBREIRA		NÚMERO DO CONSELHO 2262/PB	
UNIDADE CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA		DATA DO PEDIDO 14/08/2018 06:30:00	DATA PREV. ENTREGA
SETOR DE ORIGEM LEITO 0006 - ÁREA LARANJA - UDC A	CONVÊNIO	PROTOCOLO 360978	BE 1101117

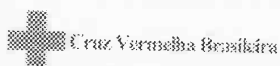
CATEGORIA: HEMATOLOGIA
COAGULOGRAMA COMPLETO - QUANTIDADE: 1
COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58

Exame	Resultado	Valor(es) Referência(s)
TEMPO DE TROMBOPLASTINA - TTPA		
TTPA - PACIENTE	33.9	21 a 32 segundos
TTPA - CONTROLE NORMAL	32	
TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINA - TP		
TP - PACIENTE	13.5	11 a 16 segundos
TP - CONTROLE NORMAL	13.5	
ATIVIDADE PROTROMBINA PACIENTE	100	70 a 120%
INR		
INR	1.00	1,0 a 1,3

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA
CRBM 4942 - PB
Em: 14/08/2018 17:48:15
Protocolo número: 20180814174815/360978/251

Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83)
3216-5736 / 3216-5775

PACIENTE MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		IDADE 54a 5m 3d	DATA DE NASCIMENTO 12/03/1964
PROFISSIONAL TALVANE SOBREIRA		NÚMERO DO CONSELHO 2262/PB	
UNIDADE CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA		DATA DO PEDIDO 14/08/2018 06:30:00	DATA PREV. ENTREGA
SETOR DE ORIGEM LEITO 0006 - AREA LARANJA - UDC A	CONVÊNIO	PROTOCOLO 360978	BE 1101117

HEMOGRAMA - QUANTIDADE: 1
COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58

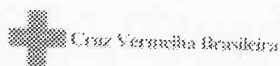
Exame	Resultado	Valor(es) Referência(s)
SERIE VERMELHA		
ERITROCITOS	3.92 /mm3	Masculino > 13 anos 4.4 - 6.1 milhões/nm3 /mm3
HEMOGLOBINA	13.0 %	13.5 - 18.0 g% %
HEMATOCRITO	40.8 %	40 - 54 % %
V.C.M.	100 u3	80 - 98 u3 u3
H.C.M.	33	25 - 35 pg
C.H.C.M.	32	31 - 36 %
R.D.W.	11.2	11.5 a 14.5 %
SERIE BRANCA		
LEUCOCITOS TOTAIS	11300 /mm3	Maiores de 13 anos - 4.500 a 10.000 /mm3
BASTONETES	1 %	0 a 5 - 0 a 500
SEGMENTADOS	76 /MM3	43 a 67 - 1.935 a 6.700
LINFOCITOS TÍPICOS	20 /mm3	20 a 35 - 900 a 3.500
MONOCITOS	3 /mm3	2 a 8 - 90 a 800
CONTAGEM DE PLAQUETAS		
CONTAGEM DE PLAQUETAS	404.000 /mm3	150.000 a 450.000 mm3 /mm3

(MÉTODO:)

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA
CRBM: 4942 - PB
Em: 14/08/2018 14:34:05
Protocolo número: 20180814143406/360978/249

Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joa-o Pessoa - Paraí'ba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83)
3216-5736 / 3216-5775

PACIENTE MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		IDADE 54a 5m 3d	DATA DE NASCIMENTO 12/03/1964
PROFISSIONAL TALVANE SOBREIRA		NÚMERO DO CONSELHO 2262/PB	
UNIDADE CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA		DATA DO PEDIDO 14/08/2018 06:31:58	DATA PREV. ENTREGA
SETOR DE ORIGEM LEITO 0006 - AREA LARANJA - UDC A	CONVÊNIO	PROTOCOLO 360979	BE 1101117

CATEGORIA: BIOQUIMICA
CREATININA - QUANTIDADE: 1
COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

CREATININA

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

0,8 mg/dl

0,4 A 1,3 mg/dl mg/dl

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA
CRBM 4942 - PB
Em: 14/08/2018 14:34:11
Protocolo número: 20180814143411/360979/183

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO) - QUANTIDADE: 1
COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

86 U/L

Ate 42 U/L U/L

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA
CRBM 4942 - PB
Em: 14/08/2018 14:34:11
Protocolo número: 20180814143411/360979/236

TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP) - QUANTIDADE: 1
COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

TRANSAMINASE PIRUVICA (TGP)

SORO

Resultado

Valor(es) Referência(s)

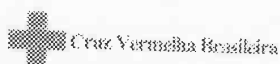
51 U/L

Ate 41 U/L U/L

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA
CRBM 4942 - PB
Em: 14/08/2018 14:34:11
Protocolo número: 20180814143411/360979/237

Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

PACIENTE MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		IDADE 54a 5m 3d	DATA DE NASCIMENTO 12/03/1964
PROFISSIONAL TALVANE SOBREIRA		NÚMERO DO CONSELHO 2262/PB	
UNIDADE CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA		DATA DO PEDIDO 14/08/2018 06:31:58	DATA PREV. ENTREGA
SETOR DE ORIGEM LEITO 0006 - AREA LARANJA - UDC A	CONVÊNIO	PROTOCOLO 360979	BE 1101117

CATEGORIA: HEMATOLOGIA
COAGULOGRAMA COMPLETO - QUANTIDADE: 1
COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58

Exame	Resultado	Valor(es) Referência(s)
TEMPO DE TROMBOPLASTINA - TTPA		
TTPA - PACIENTE	33.9	21 a 32 segundos
TTPA - CONTROLE NORMAL	32	
TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINA - TP		
TP - PACIENTE	13.5	11 a 16 segundos
TP - CONTROLE NORMAL	13.5	
ATIVIDADE PROTROMBINA PACIENTE	100	70 a 120%
INR		
INR	1.00	1,0 a 1,3

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA
CRBM: 4942 - PB
Em: 14/08/2018 16:09:04
Protocolo número: 20180814160904/360979/251

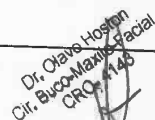
Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.

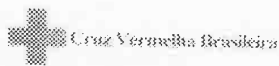


Documento de Alta

Nome: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		Número Prontuário: 110472	
Data de 12/03/1964	Sexo: Feminino	Data de Internação: 14/08/2018 08:43:20	Data de Alta: 15/08/2018 08:57:35
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: Paciente será tratada em outro hospital por interesse familiar			
Resumo da Internação: Paciente vítima de acidente de moto há 48h, cursa com fratura de zigomático D. Família resolveu transferir para tratamento em hospital privado. Paciente em EGR, de alta das especialidades Cirurgia Geral e NCR			
Resultado de Exames: hemograma e eletro			
Tratamento: suporte clínico e cirurgia fratura zigomático após regressão de edema			
Diagnóstico: S02.4 - Fratura dos ossos malares e maxilares			
Recomendações: higiene, cuidado em transporte da família.			

Data: 15/08/2018


Dr. Olavo Hoston
Cir. Buco-Maxilo-Facial
CRM: 4143OLAVO HOSTON GONCALVES
PEREIRA
CRM: 4143 - PB



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

PACIENTE MARILEIDE FERREIRA DE LIMA		IDADE 54a 5m 3d	DATA DE NASCIMENTO 12/03/1964
PROFISSIONAL TALVANE SOBREIRA		NÚMERO DO CONSELHO 2262/PB	
UNIDADE CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA		DATA DO PEDIDO 14/08/2018 06:30:00	DATA PREV. ENTREGA
SETOR DE ORIGEM LEITO 0006 - AREA LARANJA - UDC A	CONVÊNIO	PROTOCOLO 360978	BE 1101117

CATEGORIA: BIOQUIMICA
CREATININA - QUANTIDADE: 1
COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

CREATININA

SORO

Resultado

0.8 mg/dl

Valor(es) Referência(s)

0.4 A 1.3 mg/dl mg/dl

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA
CRBM 4942 - PB
Em: 14/08/2018 14:34:05
Protocolo número: 20180814143406/360978/183

GLICOSE - QUANTIDADE: 1
COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58

(MATERIAL: SORO - METODO: ENZIMATICO AUTOMATIZADO)

Exame

GLICOSE

SORO

Resultado

148 mg/dL

Valor(es) Referência(s)

Crianças : 60 a 100 mg/dL
Adultos: 70 a 110 mg/dL
Maiores de 60 anos: 80 a 115 mg/dL mg/dL

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA
CRBM 4942 - PB
Em: 14/08/2018 14:34:05
Protocolo número: 20180814143405/360978/229

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO) - QUANTIDADE: 1
COLETADO EM: 14/08/2018 07:20:58

(MATERIAL: SORO - METODO: CINETICO AUTOMATIZADO)

Exame

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

SORO

Resultado

86 U/L

Valor(es) Referência(s)

Ate 42 U/L U/L

Assinado digitalmente por: FLAVIO GONCALVES DA SILVA
CRBM 4942 - PB
Em: 14/08/2018 14:34:05
Protocolo número: 20180814143406/360978/236

Este é um exame complementar e, como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação clínica e decisão terapêutica.



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 11:28:35

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040811260961600000019822146

Número do documento: 19040811260961600000019822146



Av. Des. Botto de Menezes, 657 - Tambiá
Fone: (083) 241.8080/4745 Fax: 241.5845

Nome Márcia Ferreira de Lima

Uso Oral

Permanecer ——— 1 x

Tomar 1 comp de 12/24h.

Por 3 meses.

22

Assinatura e carimbo de Dr. Paulo Roberto da Silva Lima
CRM/PB 4523
Georgio Vasconcelos Endovascular

09/10/18



PREFEITURA DE
JOÃO PESSOA

MAIS RESULTADOS VIDA MELHOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME Márcia Ferreira de Lima

Uso local

1) Neomuna + Bacitracina — 1b

Aplicar no local em lesão
2x dia e cobrir com gaze sem
abafar (cortar a gaze ao meio)
• microphono

2) Hidroquel — 1bism.

Aplicar no local do calcanhar
2x dia por 7 dias.

Olindina Barbosa Gadelha

CRM/PB: 10554
Médica

26.9.18

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

PRATIQUE ATIVIDADES FÍSICAS REGULARMENTE





PREFEITURA DE
**JOÃO
PESSOA**

MAIS RESULTADOS. VIDA MELHOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
U.S.F. ALTO DO CEU V
R. João de Brito Mendonça
Mandacaru

NOME Marilene Ferreira de
Lima

Rx

uso oral

① Dipirona 500 mg — 40 qrs
Tomar 02 comprimidos de 6
em 6 horas, se dor.

② Dipirona monohidratada 1g — 03 cr
Tomar 01 comprimido de 6 em
6 horas, se dor.

Felipe Medeiros Fernandes
CRM/PB 10555
Médico

27/08/18

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

PRATIQUE ATIVIDADES FÍSICAS REGULARMENTE



UNIFACE-CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

CNPJ:16.853.751/0001-90

Rua Deputado Geraldo Mariz, 912, sala B. Tambauzinho

Fone: (83) 3042-3782/Cel. (83) 8899-5645/(83) 9664-6032/(83) 8870-6260

CEP:58-042-060*****João Pessoa-PB

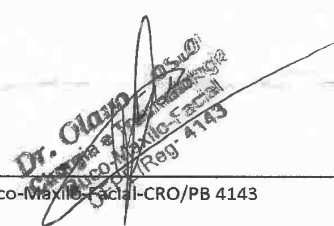
Laudo de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial

A paciente **MARILEIDE FERREIRA DE LIMA**, deu entrada no hospital de Trauma de João Pessoa no dia 13 de agosto de 2018 vítima de acidente motociclístico, portando fratura do complexo orbitário-zigomático direito. No dia 15 de agosto foi transferida para Hospital Samaritano, ficando aos cuidados do Dr Olavo Hoston, Cirurgião Buco-Maxilo Facial para suporte clínico inicial. Após 48 horas foi liberada para cuidados domiciliares e aguardar regressão de edema de face para posterior programação de cirurgia reconstrutiva da órbita.

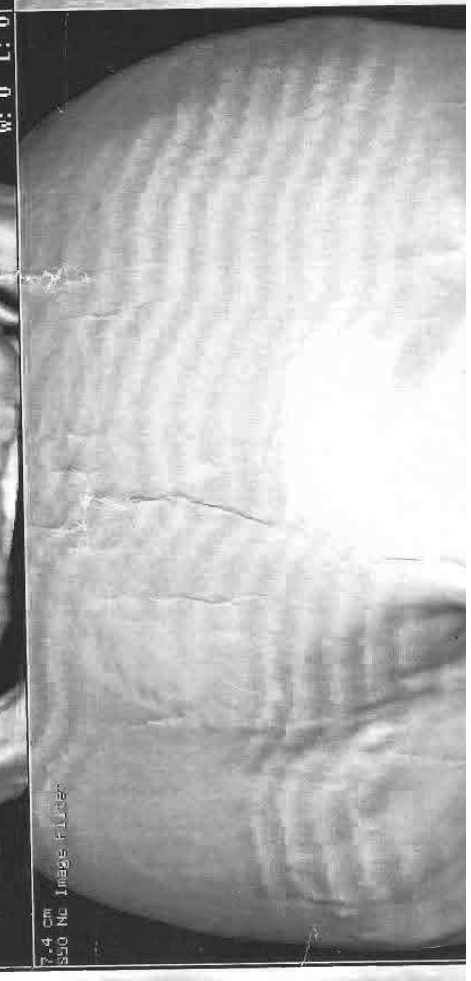
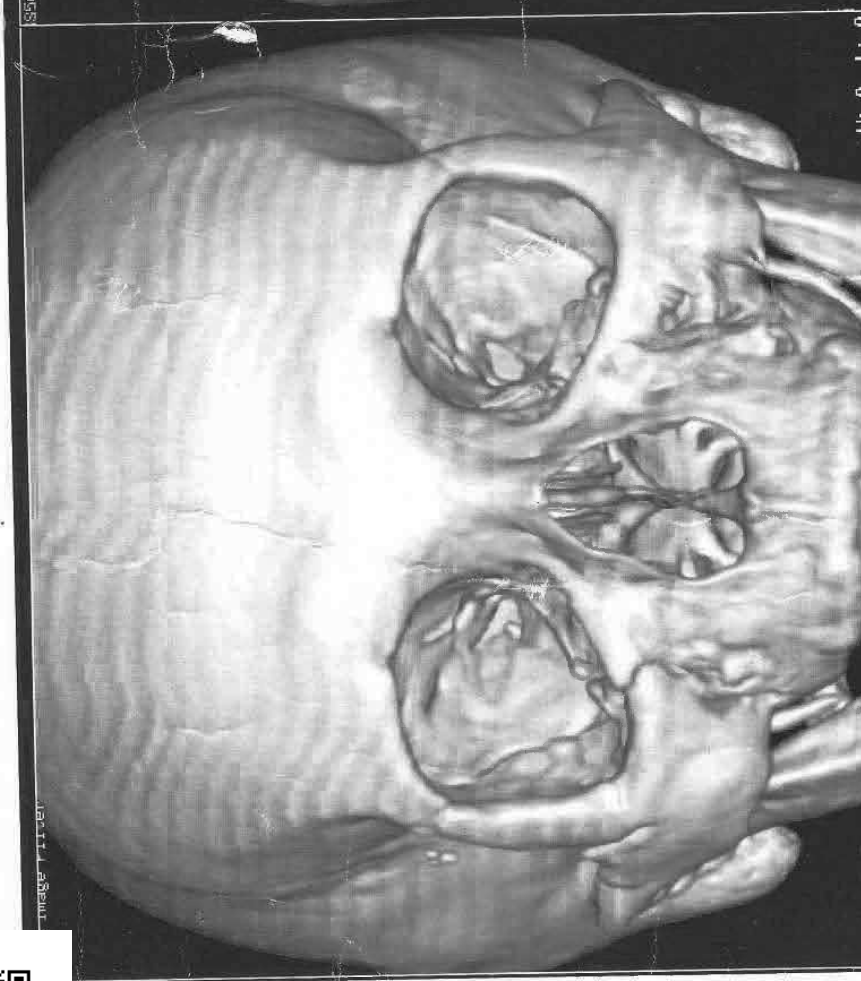
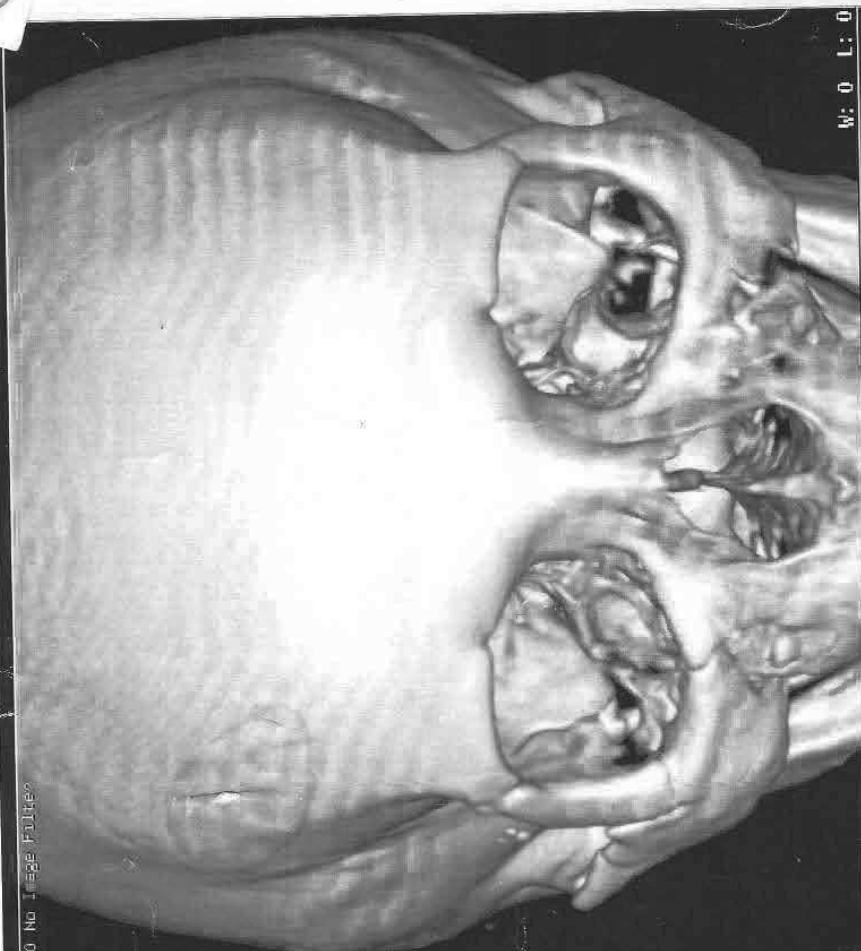
No dia 29 de agosto de 2018 foi internada para cirurgia definitiva de reconstrução da órbita (S02.4), sendo liberada 24h após cirurgia. Encontra-se em acompanhamento e boa evolução clínico-funcional.

O custo do tratamento foi R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), referente a honorários médicos (Cirurgiões e Anestesista), material cirúrgico e diária hospitalar (sala de cirurgia e hotelaria).

João Pessoa, 28 de setembro de 2018

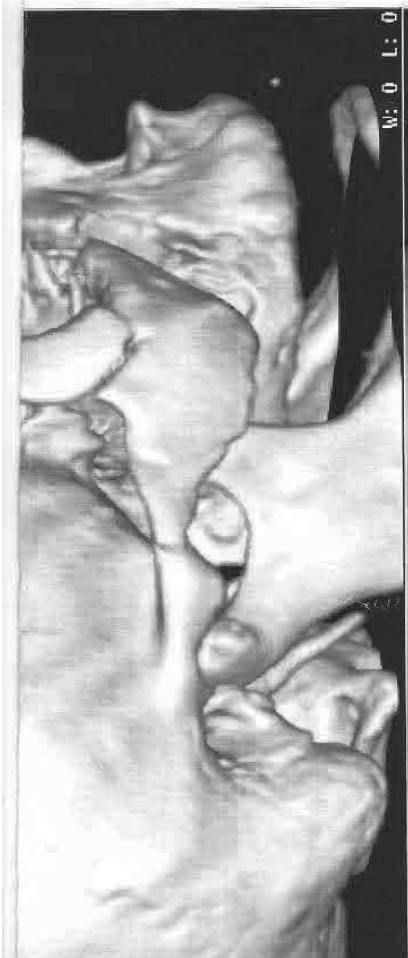

Cirurgia Buco-Maxilo-Facial - CRO/PB 4143



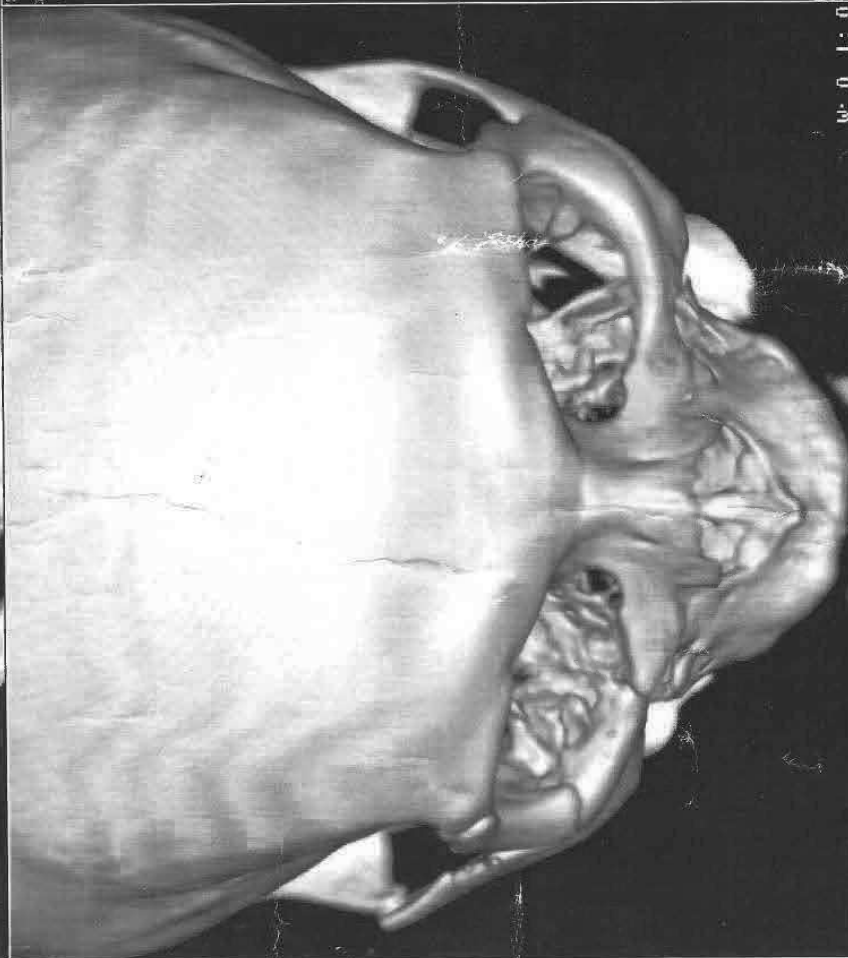




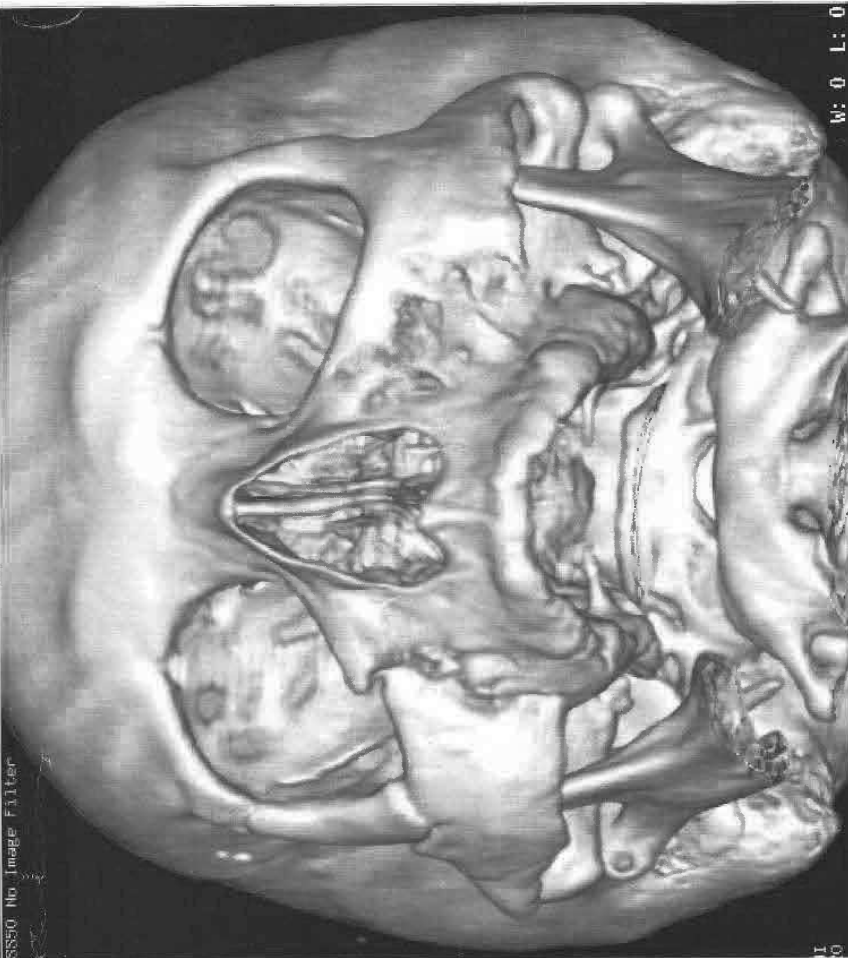
W: 0 L: 0



W: 0 L: 0



W: 0 L: 0



W: 0 L: 0

Patient ID: 000000071649 Patient Name: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA
Age: 54Y Sex: F





Poder Judiciário da Paraíba
16ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0815319-31.2019.8.15.2001

AUTOR: MARILEIDE FERREIRA DE LIMA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

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

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

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

João Pessoa/PB, 2 de julho de 2019

