

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

Nome do Paciente:

ATTESTADO

Atesto para devidos fins que Michelie Vieira Bandeira foi internado neste hospital no dia 24/08/2017, vítima de acidente por moto, em que o trauma causou lesões importantes na perna esquerda e trombose venosa profunda secundária ao trauma, o que necessitou de tratamento hospitalar para a infecção e a trombose venosa, quando permaneceu neste hospital até o dia 31/08/17, tendo alta hospitalar nesta data com orientações para continuar o tratamento pelo período de noventa (90) dias.

João Paulo de Almeida

CNPJ - 15.126.431/0001-00

138 MUSQUILINHA - SÃO CARLOS - SP

#ZikaZero



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
19ª Delegacia Seccional
2ª Delegacia Distrital de Pombal
Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 608/2017

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data do fato: **18/08/2017 – por volta das 09:20horas**
Local do ocorrido: **Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **08/09/2017– 10:10Horas**

COMUNICANTE: MICHELIÊ VIEIRA BANDEIRA, Filiação: Martinho Vieira Bandeira e Maria Josefa da Conceição; **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** união estável; **Naturalidade:** João Pessoa-PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 21/12/1985; **Endereço Residencial:** Rua Maria de Fátima F. França de Almeida, 345, Vida Nova -Pombal-PB; //; **Telefone:** 83 996421991/**Portador de RG nº 2.978.695 SSP-PB.**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor uma motocicleta HONDA /NXR 125 BROS KS – COR AZUL, ANO/MODELO - 2005, PLACA: **MNH0705/PB** – CHASSI: **9C2JD20105R011480**, licenciada em nome de MARIA DAS NEVES BARBOSA; Que trafegavam na avenida por trás do CEMAR, quando no cruzamento um veículo cruzou vindo a colidir com a lateral da motocicleta do comunicante; Que o veículo que provocou o acidente era um VOYAGE, conduzido pela pessoa de SABRINA COSTA; Que do acidente teve escoriações no membro inferior esquerdo que evoluiu como trombose venosa profunda, além de torção no tornozelo esquerdo; Que foi socorrido pelo SAMU para o hospital regional de Pombal-PB, em seguida transferido para o Hospital Universitário de João Pessoa-PB; Que testemunharam o fato as pessoas de: TALLEs FORMIGA DO NESCIMENTO, RG 2724112 SSP-PB, residente a Rua João Lúcio Pereira, 260, jardim Rogério, Pombal-PB; E também testemunhou o fato a pessoa de FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA BRITO , RG 2831556 SSP-PB, residente a Rua Projetada, s/n, por trás do posto de combustíveis, Nova Vida III, Pombal-PB. Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 08 de SETEMBRO de 2017.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: A comunicante está cientificada das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Michele Vieira Bandeira

Tes. Talles Formiga do Nascimento

Tes. Francisco de Assis Barbosa Brito

Ambercinda
Miguel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4





ENERGIA EXTRA-UIO I INDIVILURILE DE ENERGIA SA
 30 Sept 1 1986

[illegible]

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	23/07/2018	22/08/2018	191.276.774-00 Insp. Fis.

Canal de contato

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	128.35	1.68.61	6.74	1.55.61	1.31	5.35
-------------------------------------	-------	--------	---------	------	---------	------	------

Histórico de Consumo (kWh)

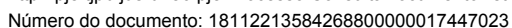
RESERVADO AGRUPADO 14 - 4.5004 0045 400-17-EO-1400

ATENÇÃO

Faturas em atraso

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
30/07/2018	R\$ 128,35

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS





RECEITUÁRIO



Nome do Paciente:

Micheli Vieira Bandeira

Data:

31/08/17

Prontuário:

58485483

Para
marcação
de
exames,
consultas
e
cirurgias:

- PSF do
seu bairro

- Secretaria
de saúde
do seu
município

#

Urgências:

- SAMU
192

- Corpo de
Bombeiros
193

Declaração Médica

Paciente vítima de acidente auto-
mobilístico (motocicleta) com trauma
em membro inferior esquerdo que evoluiu
com trombose venosa profunda confir-
mada por ultrassonografia doppler,
o que necessitou internação hospitalar,
debridamento da necrose, e posteriormen-
te, anticoagulação plena, que deve
permanecer por um período de 90
dias. O mesmo necessita de afast-
amento de suas atividades pelo período
de 45 dias.

MELHORE SUA LETRA:

João Pessoa, 31/08/17.

CNPJ - 15.126.437/0017-00

CAMPUS - SAN - CIDADE UNIVERSITÁRIA - CEP: 58050-000

Yegor Dantas Martins
Médico Geral
Residência - RM-PB 1778

Receituário Simples - 059-2011 - Reprografia

UM MOSQUITO NÃO É MAIS FORTE
QUE UM PAÍS INTEIRO

#ZikaZero



DECLARAÇÃO

**DE IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO DE CUSTA
PROCESSUAIS E DEMAIS EMOLUMENTES.**

MICHELIÊ VIEIRA BANDEIRA, Brasileiro, solteiro, autônomo, residente e domiciliado na Rua Maria de Fátima França Almeida, nº 345, bairro vida nova, Pombal-PB, Portadora do CPF Nº 056.924.434-06, e RG nº. **2.978.695** SSP-PB, Declara que não possui recursos financeiros, para arcar com despesas referentes ao pagamento de custas processuais e demais emolumentos nas ações a serem a propostas na justiça federal, subseção de Pombal-PB, tudo com o arrimo na lei nº.1060/50 e sem fulcro no artigo 5º, xxxiv, da Constituição da República Federativa do Brasil.

Declara ainda, que tenho ciência que a não veracidade deste fato, importara nas sanções penais, cíveis e administrativas.

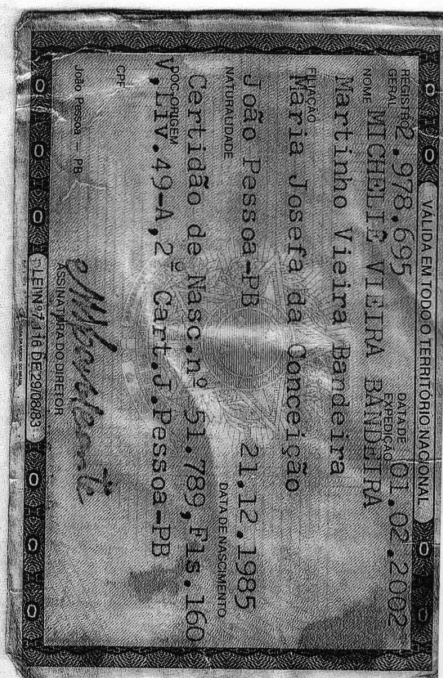
Pombal – PB 22 de novembro de 2018

Michele Vieira Bandeira

MICHELIÊ VIEIRA BANDEIRA

Outorgante





195
AB. PASTA



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0

CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____

LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Nechele Diana Bandeira

COR: _____

DATA DE NASCIMENTO: 21/12/85 IDADE: 31 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria Josefa da Conceição

PROFISSÃO: Auxiliar de Eletrocardiograma

CARTÃO DO SUS: _____

RG/CNH: RG 2.978.692

MUNICÍPIO: Pombal

ENDEREÇO: Maria do Fátima A. F. Almeida

ESTADO: PB

CEP: 58840-000

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____

DATA DE ATEND.: 18/08/17

SINAIS VITAIS:

PA: _____

SPO: _____

FC: _____

R: _____

HGT: _____

T: _____

PESO: _____

GESTANTE: () SIM () NÃO

SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Doença crônica de longa duração
com sintomas de 11/2 anos de
história e tratamento com

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° _____

2° _____

3° _____

4° _____

5° _____

6° _____

7° _____

8° _____

9° _____

10° _____

11° _____

12° _____

13° _____

14° _____

15° _____

16° _____

17° _____

18° _____

Dr. José Hermínio de Sousa Neto
CRM-PB-20707-CPF-139.650.004-87
Clínica Geral



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- ☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- ☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- ☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- ☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- ☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- ☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- ☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- ☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO
- ☐ 2 - APLICADA

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ ÓBITO

- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

Solange Nogueira do Nascimento

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



www.seg-lider.com.br



ABERTO

16/07/18

NOVO NUMERO SINISTRO

3180326545

30 dias

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA
Nº Sinistro: 3170640823
Vitima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA
Data do Acidente: 18/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3170640823**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00905/00906 - carta_03 - INVALIDEZ

00070453



Carta nº 12085016



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MICHELIE VIEIRA BANDEIRA**
Nº Sinistro: **3180326542**
Vítima: **MICHELIE VIEIRA BANDEIRA**
Data do Acidente: **18/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180326542**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0104701048 - carta_03 - INVALIDEZ

00070524



Carta nº 13130438



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MICHELIE VIEIRA BANDEIRA**
Nº Sinistro: **3180326542**
Vítima: **MICHELIE VIEIRA BANDEIRA**
Data do Acidente: **18/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o número de sinistro **3180326542**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13507718

Pag. 00603/00604 - carta_07 - INVALIDEZ



“PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA, Brasileiro, solteiro, autônomo, residente e domiciliado na Rua Maria de Fátima França Almeida, nº 345, bairro vida nova, Pombal-PB, Portadora do CPF nº 056.924.434-06. e RG nº. **2.978.695** SSP-PB, pelo presente instrumento de procuração, ao final assinado, nomeia(m) e constitui seu(s) bastante(s) procurado (es) o(s) **Sr. Dr. ALBERG BANDEIRA DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB SOB O Nº 8874-PB, com escritório profissional localizado na rua Cel. Francisco de Assis nº 13, 1º andar, centro, nesta cidade de Pombal – PB**, a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro geral, com a cláusula “ad judicium” a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos do(s) outorgante(s) perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s), e defendendo-o(s) quando for(em) réu(s) interessado(s) ou requerido(s), podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento bem ainda, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe(s) convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

POMBAL – PB, 22 de novembro de 2018

Micheliê Vieira Bandeira

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA,

Outorgante





Hospital Regional de Pombal Senador "Rui Carneiro"

Rua Cel. João Leite, 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB
CNPJ: 08.778.268/0004-03



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: DENIS ROCHA

CRM: 7034 UF: PB Nº: _____

Endereço: _____

Cidade: Pombal

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Denis Rocha
Médico
CRM 7034

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: Micheline Vieira Gondim

Endereço: Rua Manoel de Fátima, s/n. (Pombal)

Prescrição: 14 no arrol

CIPROFLOXACINA 500mg - 02 CAIXAS
Usar 01 comp. 10. 22/1/24.
(lopi - jacto)

Data: 23/08/2017

Assinatura do Médico

Denis Rocha
Médico
CRM 7034

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____

UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____





Prefeitura Municipal de Pombal
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB 05



Trauma

IDENTIFICAÇÃO OCORRÊNCIA

Data: 18.08.17	Ocorrência: <u>002</u>	Paciente: <u>Micheliê Vieira Bandeira</u>	Idade: <u>31</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Local da Ocorrência: <u>Rua Johnson Nobre</u>	Bairro: <u>Nova Vida</u>		Médico Regulador: <u>Helena</u>	
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Agentes de Trânsito <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/>	QTA: MOTIVO: <input type="checkbox"/>			

DESTINO

LOCAL 1: <u>HRP - Pombal</u>	RESPONSÁVEL: <u>Dr. José Henrique de Sousa Neto</u>	OBS: <u>Di. José Henrique de Sousa Neto - 112.650.884-01</u>
LOCAL 2: _____	RESPONSÁVEL: _____	OBS: _____

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO - OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____	<p>ANTECEDENTES</p> <p>MEDICAMENTOS: _____</p> <p>PATOLOGIA(S): _____</p> <p>ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____</p> <p>VACINAS: _____</p>
---	--

EXAME FÍSICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO () ALGO DESORIENTADO () INCONSCIENTE () HÁLITO ETÍLICO () ABUSO DE DROGAS () SONOLENTO
FUNÇÃO MOTORA: () COMA () AGITADO () OUTRO: _____
PELE E MUCOSA: () PÁLIDO () ICTÉRICO () CIANÓTICO () PELE FRIA () SUDORÉICA () PETÉQUIAS () EQUIMOSES () OUTROS: _____
SISTEMA RESPIRATÓRIO: () EUPNEÚICO () DISPNEIA () TAQUIPNEIA () BRADPNEIA () APNEIA () BATIMENTO DAS ASAS DO NARIZ () MV+ () MV- () RETRAÇÕES INTERCOSTAIS () HEMOPTISE () EPISTAXE () OUTRO: _____
SISTEMA CARDIOVASCULAR: () NORMOCÁRDICO () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () ASSISTOLIA () BCF () PULSOS + NORMAIS () PULSO FILIFORMES () NORMOCÁRDICO () TAQUICARDIA () BRADICARDIA () ASSISTOLIA () BCF () PULSOS + NORMAIS () PULSO FILIFORMES
SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: () + () - () VO () SNG () SNE / ABDOME: () GLOBOSO () PLANO () FLÁCIDO () DOLOR A PALPAÇÃO () RH+ () RH- () CONSTIPAÇÃO INTESTINAL () DIARREIA () DESENTERIA () HEMATEMESE () NAUSEAS () VÔMITOS OUTRO: _____
SISTEMA GENITOURINÁRIO: () DISÚRIA () POLACIÚRIA () ANÚRIA () HEMATÚRIA () INCONTINÊNCIA URINÁRIA () RETENÇÃO URINÁRIA () SVD DU: _____ ml () SVA
QUEIXA PRINCIPAL: () DOR / LOCAL: _____ PARESTESIA / LOCAL: _____ PARALISIA / LOCAL: _____
() OUTRA: _____

EXAME FÍSICO

VVA: () LIVRES () OBSTRUÍDA () CORPO ESTRANHO () SECREÇÕES / TEMPERATURA: _____ °C / GLICEMIA CAPILAR: <u>113</u> mg/dl
FR: _____ lpm / SpO2 SEM O2: <u>99</u> % / SpO2 COM O2: _____ % / FC: <u>101</u> bpm / PA: <u>160x100</u> mmHg / PERFUSÃO () < 2s () > 2s

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO: () ENFERMEIRO () TÉCNICO EM ENFERMAGEM

USB 05 acionada para atendimento de paciente vítima de acidente (colisão moto x carro). O encontramos em decúbito lateral consciente, orientado, verbalizando, queixando-se dor em tornozelo @ e braços @. Feito imobilização conforme protocolo, colar cervical, mancha magda, Talas. Feito AUP com SBL. Encaminhado ao HRP. Retos - normal a Base.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: <u>Glátima Alves</u>	COREN: <u>265992</u>	TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____	COREN: _____
CONDUTOR SOCORRISTA: <u>Flávio Caldas</u>	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____	MÉDICO (VISTO): _____	



RELAÇÃO DOS PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CELULAR: QUANTIDADE:	MARCA:	MODELO:				
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPE CARD	OUTROS:	
CARTÕES DE BANCO	1	2	3	NOMES DO BANCO:		
DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$						
CALÇADOS (MARCA):		REÓGIO (MARCA):		ANEIS (QUANTIDADE)		
BRINCOS (QUANTIDADE):		PULSEIRAS (QUANTIDADE)		OUTROS:		
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES:						
SETOR:		FUNÇÃO:				
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
AAS 100mg		LCOOL (PINCETA) 250ml	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10ml		ATADURA DE CREPON 15cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO ÓCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
DICLOFENACO 75mg		ESPARADRAPO	
DIPIRONA 1g		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)	
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100und)	
FUROSEMIDA		JELCO Nº	
GLICOSE 50%		LANÇOL DESCARTÁVEL	
HITROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL Nº	
IPRATROPIC GOTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISORDIL 5mg		SCALP Nº	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº	
PARACERAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERBUTALINA			
OUTROS			

() ATENDIMENTO NO LOCAL () RECUSA

NOME:	RG:
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:



PREENCHER COM LETRA DE FORMA

AR

915

DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE

SEGURADORA LIDER

ENDEREÇO / ADRESSE

R SENADOR DANTAS N° 74 CENTRO

CEP / CODE POSTAL

CIDADE / LOCALITÉ

UF

PAÍS / PAYS

20031-205 RIO DE JANEIRO RJ BRASIL

DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (SUJEITO À VERIFICAÇÃO) / DISCRIMINATION

NATUREZA DO ENVIO / NATURE DE L'ENVOI

☐ PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE

☐ EMS

☐ SEGURADO / VALEUR DÉCLARÉ

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RÉCEPTEUR

DATA DE RECEBIMENTO

DATE DE LIVRATION

ARMAZENAGEM

BUREAU DE DESTINATION

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RECEPTEUR

EDIFÍCIO SEGURADORA MENDONÇA

13 OUT 2017

Renato da Silva de Oliveira

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / N° DOCUMENT D'IDENTIFICATION DU RECEPTEUR

G: 20.833

R. Junior
8.956.534-7



ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO

75240203-0

FC0483 / 16

114 x 186 mm



Assinado eletronicamente por: ALBERG BANDEIRA DE OLIVEIRA - 22/11/2018 14:09:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112214080196500000017447341>

Número do documento: 18112214080196500000017447341

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

AR

915

DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE			
NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE			
SEGURADORA LIDER			
ENDEREÇO / ADRESSE			
R SENADOR DANTAS N° 74 CENTRO			
CEP / CODE POSTAL	CIDADE / LOCALITÉ	UF	PAÍS / PAYS
20031-205	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL
DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (SUJEITO À VERIFICAÇÃO) / DISCRIMINATION		NATUREZA DO ENVIO / NATURE DE L'ENVOI	
		<input type="checkbox"/> PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE <input type="checkbox"/> EMS <input type="checkbox"/> SEGURADO / VALEUR DÉCLARÉ	
ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RÉCEPTEUR		DATA DE RECEBIMENTO / DATE DE LIVRATION	
 EDIFÍCIO SEGURADORA S.M. MENONIANA 13 OUT 2017		 CDD DE JANEIRO	
NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RECEPTEUR		NOME DO EMPREGADO / NOM DE L'AGENT	
Renato de Oliveira		R. Junior	
N° DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / ORGÃO EXPEDIDOR		8.956.534-7	
ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO			

75240203-0

FC0463 / 16

114 x 186 mm





AVISO DE
RECEBIMENTO

AR

JR 49666680 5 BR

AVIS EN07

DATA DE POSTAGEM / DATE DE DÉPÔT

UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT

TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR

ALBERG BANDEIRA DE OLIVEIRA

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO / ADRESSE

R. CEL. FRANCISCO DE ASSIS

Nº 13 1º ANDAR

CIDADE / LOCALITE

POMBAL

UF

PB

BRASIL
BRÉSIL

5 8 8 4 0 0 0 0

ENDEREÇO PARA
DEVOLUÇÃO
RETOUR





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
1ª VARA MISTA DA COMARCA DE POMBAL

Processo n.º: 0801595-50.2018.8.15.0301

Assunto: [SEGURO]

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Parte Autora: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Parte Ré: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Pugna a parte autora pela concessão dos benefícios da Assistência Judiciária Gratuita.

Nesse sentido, o art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal, dispõe que "*o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos*".

Embora para a concessão da gratuidade não se exija o estado de miséria absoluta, é necessária a comprovação da impossibilidade de arcar com as custas e despesas do processo sem prejuízo de seu sustento próprio ou de sua família. A declaração de pobreza, por sua vez, estabelece presunção relativa da hipossuficiência, nos termos do art. 99, § 3º, do CPC.

Posto isso, intime-se a parte autora para, em um prazo de 15 (quinze) dias, juntar **cópias dos comprovantes de rendimentos dos últimos 03 (três) meses** ou, **cumulativamente**, os seguintes documentos, sob pena de indeferimento do benefício da gratuidade de justiça, ou, no mesmo prazo, efetuar o recolhimento das custas judiciais, sob pena de indeferimento da petição inicial e o consequente cancelamento da distribuição (art. 321 c/c 290, ambos do CPC):

- a. cópia dos extratos bancários de contas de titularidade da parte autora dos últimos três meses;
- b cópia dos extratos de cartão de crédito da parte autora dos últimos três meses;
- c. cópia da última declaração do imposto de renda da parte autora apresentada à Secretaria da Receita Federal;
- d. cópia da inscrição como trabalhador rural junto ao sindicato correspondente, caso se autodeclare agricultor;
- e. extrato de benefício de aposentadoria;
- e. guia de recolhimento de custas emitida pelo TJPB, indicando qual o valor das custas processuais.

Cumpra-se.

Pombal/PB, data e assinatura eletrônicas.

Mathews Francisco Rodrigues de Souza do Amaral
Juiz de Direito em Substituição



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA DA COMARCA DE POMBAL – ESTADO DA PARAÍBA.

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA, já por demais qualificado nos autos, vem a ilustre presença de Vossa Excelência, em atenção ao despacho (ID __), requerer juntada de extratos bancários com a finalidade de comprovar a hipossuficiência financeira, para fins de usufruir da gratuidade judiciária.

N. TERMOS. E. DEFERIMENTO. POMBAL-PB EM 25-03-2019.

**ALBERG BANDEIRA DE OLIVEIRA
OAB-PB 8874**





AUTO-ATENDIMENTO - POMBAL/PB
DATA: 22/03/2019 HORA: 10:22:12
TERMINAL: 07321779 CONTROLE: 073217790228

AGENCIA: 0732 - POMBAL
CONTA: 013.00028841-3
CLIENTE: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERENCIA
MESES ANTERIORES

MOVIMENTAÇÃO			
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			10,75C
Fevereiro			
01/02	012100	CRED TEV	750,00C
04/02	020910	SAQUE ATM	750,00D
08/02	000000	REM BASICA	0,00C
08/02	000000	CRED JUROS	0,04C

RESUMO EM 28/02
SALDO 10,79C

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



AUTO-ATENDIMENTO - POMBAL/PB
DATA: 22/03/2019 HORA: 10:23:14
TERMINAL: 07321779 CONTROLE: 073217790230

AGENCIA: 0732 - POMBAL
CONTA: 013.00028841-3
CLIENTE: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERENCIA
MESES ANTERIORES

MOVIMENTAÇÃO			
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			10,79C
Março			
08/03	000000	REM BASICA	0,00C
08/03	000000	CRED JUROS	0,04C
RESUMO EM 21/03			10,83C
SALDO			
RESUMO DO DIA			10,83C
SALDO DISPONIVEL			0,00
SALDO BLOQUEADO			10,83C
SALDO TOTAL			

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



AUTO-ATENDIMENTO - POMBAL/PB
DATA: 22/03/2019 HORA: 10:22:12
TERMINAL: 07321779 CONTROLE: 073217790228

AGENCIA: 0732 - POMBAL
CONTA: 013.00028841-3
CLIENTE: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERENCIA
MESES ANTERIORES

MOVIMENTAÇÃO			
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
SALDO ANTERIOR			130,71C
Janeiro			
02/01	291229	SAQUE ATM	120,00C
08/01	000000	REM BASICA	0,00C
08/01	000000	CRED JUROS	0,04C

RESUMO EM 31/01
SALDO 10,79C

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA DA COMARCA
DE POMBAL – ESTADO DA PARAÍBA.**

**MICHELIE VIEIRA BANDEIRA, já por demais qualificado nos autos, vem a
ilustre presença de Vossa Excelência, em atenção ao despacho (ID ____),
requerer juntada de GUIAS DE CUSTAS PROCESSUAIS.**

N. TERMOS. E. DEFERIMENTO. POMBAL-PB EM 25 DE MARÇO DE 2019.

**ALBERG BANDEIRA DE OLIVEIRA
OAB-PB 8874**



Guia de Custas - 030.2019.600309

Dados Gerais

Tipo da Guia:

Custas Prévias

Data de Emissão:

25/03/2019

Data de Vencimento:

31/03/2019

Situação:

Pendente

Comarca:

Pombal

Classe Processual:

ACAO CIVIL COLETIVA - CIVEL - 63

Valor da Causa:

R\$ 13.500,00

Promovente:

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Promovido:

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Informações Específicas

Fazenda Pública é Autora:

Não

Esses valores em reais são baseados no valor da UFR no momento da solicitação da Guia. Caso ela tenha sido parcelada, os valores das parcelas serão alterados de acordo com o valor da UFR.



Detalhamento dos Valores

Receita	Valor Total	Desconto	Valor Final
Total	R\$ 1.193,30 (24,08761 UFR)		
Custas Judiciais 1º Grau	R\$ 990,80 (20 UFR)	--	R\$ 990,80 (20 UFR)
Taxa Judiciária	R\$ 202,50 (4,08761 UFR)	--	R\$ 202,50 (4,08761 UFR)



DECISÃO

1. Não havendo nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, DEFIRO o pedido de justiça gratuita, sem prejuízo de sua impugnação, na forma do art. 100, do NCPC.

2. Em que pese o contido no art. 334, do NCPC, tem-se que a prática forense tem revelado que a parte demandada não costuma promover autocomposição.

3. Desse modo, torna-se infrutífera a designação de audiência de conciliação, quando já visualizada a sua não realização. Ademais, a designação desse ato, quando improvável a sua realização, atenta frontalmente contra o princípio da celeridade processual. Assim, deixo de designar a dita audiência.

4. Nesse passo, CITE-SE o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias, apresente resposta.

Intimações necessárias.

Guarabira, data e assinatura eletrônicas.

ALÍRIO MACIEL LIMA DE BRITO

Juiz de Direito



ATO ORDINATÓRIO (ART. 349, CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAIS - CGJPB)

De ordem do MM. Juiz da 1ª Vara de Pombal/PB e com amparo no art. 93, inciso XIV, da CF c/c o art. 203, § 4º, do Novo CPC, além do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça e da alínea “m”, do inciso I, do art. 1º, da PORTARIA Nº 01/2020 – GJ – 1ª VARA[1], e em atenção, ainda, à Recomendação Conjunta CNJ/AGU/MTPS nº 01 de 15 de Dezembro de 2016, **DESIGNO A REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA NO DIA 27 de agosto de 2020 às 11h40min na CEMOAN.** Nomeio o(a) perito Dr(a). Thiago Martins Formiga, médico ortopedista, CRM-PE 2441, concedendo-lhe o prazo de dez dias para apresentação do laudo, a contar da data do exame médico a ser realizado no(a) promovente (art. 465 do CPC). Informe-se a(o) médico(a) nomeado(a) que será paga a quantia de R\$ 200,00 (duzentos reais) pelo exame pericial, em conformidade com o Convênio 015/2014, o qual foi firmado entre a Seguradora Líder e o Tribunal de Justiça, onde restaram estabelecidos os parâmetros para a designação e pagamento dos peritos judiciais em feitos vinculados ao seguro obrigatório de danos pessoais por veículos automotores de via terrestre – DPVAT. **Ficando as partes intimadas para, no prazo de cinco dias, indicarem os assistentes técnicos e formularem seus quesitos, caso não os tenham apresentado, bem como para tomarem ciência da data do exame pericial. Fica o(a) promovente, intimado por meio do advogado habilitado, para comparecer, na data e local designados, portando exames, receituário, laudo e/ou qualquer outro documento relativo a atendimento médico relacionado a patologia noticiada na exordial. O perito deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, podendo elas comparecerem ao ato acompanhadas de assistente técnico.** Juntado o laudo, intem-se as partes para conhecimento, podendo falar em quinze dias. No mesmo prazo, ficará a seguradora intimada para efetuar o depósito dos honorários do perito. Notifique o representante do Ministério Público, caso haja a presença de incapaz.





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
1ª Vara Mista de Pombal

PROCESSO Nº 0801595-50.2018.8.15.0301
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Seguro]

AUTOR: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO DA PARTE PROMOVIDA PARA PERÍCIA MÉDICA

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) Dr(a). , MM Juiz(a) de Direito deste 1ª Vara Mista de Pombal, fica CITADA a promovida: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. por todos os atos do processo acima mencionado, para querendo, apresentar defesa, ficando INTIMADA para tomar ciência da nomeação do perito Dr(a). Thiago Martins Formiga, médico ortopedista, CRM-PE 2441, com honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) em conformidade com o Convênio 015/2014, para realização de perícia médica no dia 27 de agosto de 2020 às 11h40min, no Centro Medico Ozias Arruda Neto - CEMOAN, localizado na Rua Vicente de Paula Leite, 601 - Jardim Rogério, Pombal - PB, 58840-000, telefone (83) 3431-1531, devendo oferecer, no prazo de 15 (quinze) dias, seus quesitos, bem como indicar os assistentes técnicos e apresentar cópia do processo administrativo pertinente.

POMBAL-PB, 9 de julho de 2020.

Analista/Técnico Judiciário

