



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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 entre 16 e 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

015302494-14

Nome completo da vítima

Bianca Medeiros Espíndola

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Bianca Medeiros Espíndola	CPF titular da conta	015302494-14	Profissão	estudante laboratório
Endereço	R. Roberto Fronho de Oliveira	Número	77	Complemento	
Bairro	José Américo	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email		CEP	58074-119	Telefone (DD) (DDI)	988636133

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	ATE R\$ 1.000,00	RS 1.001,00 ATÉ RS 3.000,00
RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	RS 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE RS 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
AGÊNCIA NRO	D/V	AGÊNCIA NRO	D/V
0036	20921	0036	20921
(Informar dígito se existir)		(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 Pina 10 de agosto de 2018

Local e Data

Bianca M. Espíndola

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ricarne Medeiros Espíndor,

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Órgão \_\_\_\_\_

CPF nº 01530249414, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Roberto Francisco de Oliveira</u>
Número	<u>77</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>José Américo</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58074119</u>
Telefone de Contato	<u>988636133</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 20/08/2018

Assinatura do Declarante: Ricarne M. Espíndor





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 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 interditada 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: Flávia Medeiros Espíndola | CPF da Vítima: 015 322 494 14 | Data do Acidente: 04.02.2018

### 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 Lider 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.

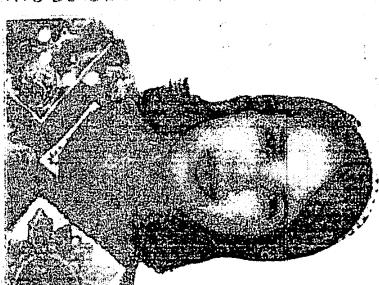
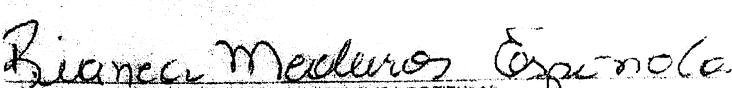
Flávia Medeiros, 10 de agosto de 2018  
Local e Data

Flávia Medeiros  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



REGISTRO GERAL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
4.407.286		DATA DE EXPEDIÇÃO 07/12/2015
BIANCA MEDEIROS ESPINOLA		
FILHA DE JONAS VICENTE ESPINOLA SUELMA MEDEIROS ESPINOLA		
NATURALIDADE SÃO LUIS-MA		DATA DE NASCIMENTO 20/04/1986
DOC. ORIGEM CASAM N. 7483 FLS. 83 LIV. B-31 CARTÓRIO 12º C JOÃO PESSOA-PB		
015.302.494-14		
ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		
 		
 <p>ASSINATURA DOTTITULAR</p>		
CARTERA DE IDENTIDADE		





()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

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

### SINISTRO 3180470318 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**BENEFICIÁRIO** BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

**CPF/CNPJ:** 01530249414

**Posição em 16-04-2019 16:32:31**

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
10/04/2019	Negativa por ausência de comprovação documental	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/DBjzZbUYtJKpltJbxV+q3g==/api_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXEyv9EnpQJCKZqGqb+tB9EOk=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/DBjzZbUYtJKpltJbxV+q3g==/api_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXEyv9EnpQJCKZqGqb+tB9EOk=</a> )
12/10/2018	Exigência Documental	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/FPOheiM9wbMw6Lowid1api_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXEyv9EnpQJCKZqGqb+tB9EOk=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/FPOheiM9wbMw6Lowid1api_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXEyv9EnpQJCKZqGqb+tB9EOk=</a> )
10/10/2018	Aviso de Sinistro	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/FoJio3gbexvqKBUGLKFDriapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXEyv9EnpQJCKZqGqb+tB9EOk=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/FoJio3gbexvqKBUGLKFDriapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXEyv9EnpQJCKZqGqb+tB9EOk=</a> )

### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)



## ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)  (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)



A A A ☀

## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)  
Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)  
Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)  
Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)  
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

## ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))

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

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))
  - › Consulta a Pagamentos ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))
  - › Saiba Como Pagar ([/Pages/Saiba-como-pagar.aspx](#))
  - › Pontos de Atendimento ([/Pontos-de-Atendimento](#))
  - › Como Pedir Indenização ([/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT ([/Pages/Quem-Somos.aspx](#))
  - › Sobre o Seguro DPVAT ([/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx](#))
  - › Informações Gerais ([/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#))
  - › Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))
  - › Dicionário do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT](#))
  - › Perguntas Freqüentes ([/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes](#))

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
  - › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
  - › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
  - › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))



16/04/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

- › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))
- › Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Download](#))

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



## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### OUTORGANTE:

Nome: BLANCA MEDEIROS ESPÍNOLA  
Marcelina  
CPF/MF: 015.302.494-14 RG: \_\_\_\_\_  
Endereço: R. Roberto Freitas de Oliveira, 77 58074-119  
João Pessoa , João Pessoa - PB

**OUTORGADOS:** FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº 13.527 e  
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,  
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,  
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

### GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

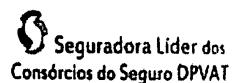
Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, de \_\_\_\_\_ de 2018.

Blanca M. Espíñola  
Outorgante



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367180/18

**Vítima:** BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

**CPF:** 015.302.494-14

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/02/2018

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

**Titular do CPF:** BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**BIANCA MEDEIROS ESPINOLA : 015.302.494-14**

- 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](http://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 6.194 / 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: 05/10/2018  
Nome: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA  
CPF: 015.302.494-14

BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 611.088.096-07

05.10.2018

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
SEGURO DE VIDA



CLIENTE: Sr.(a)

Bianca Melo Gómez

le

Chá Ora

• Cefalexina 500 mg otear.

Ol. Cognac vs 6 - 6  
3 dias

1 - Rx - Profissional otear.  
Ol. Cognac vs dia

• Novalgina 1g olhar

Ol. Cognac vs 6 -  
6 dias

6(3) 2018

De: Antônio Henrique de Almeida  
032 00007 CRM/PE/178  
CPF 06.160.104-59

Av. Ministro José Américo de Almeida (Beira Rio), 1450 - Torre  
Tel.: (83) 2106.0216 - Fax: (83) 3241.4359  
CEP: 58040-300 - João Pessoa - Paraíba

ANS N° 32104-4

Obs.: Voltando à consulta  
queira trazer esta receita.





**PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DA BEIRA-RIO**  
Centro de Especialidades Ortopédicas

Bianca Pedreira Espenhe

Pronto Socorro de Fraturas da Beira Rio  
Centro de Especialidades Ortopédicas  
Bianca Pedreira Espenhe  
10 dias \*

Frogescic 10mg — 1cx  
Dissolver de soro  
ta e regular

66 horas 28h — 12/12/19  
Av. Ministro José Américo de Almeida, 204 — Centro Histórico da Cidade  
Fones: (83) 3221-3045 / 9221-8223 — CEP 5002-902 — CRM-PB  
2012.000000022374612



## Cooperativa de Trabalho Médico

### BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Nasc.: 20/04/1988 Idade: 31 Sexo: F  
At. 1738728 DT Atend. 05/02/2018 8:05:01  
Carteira: 00335200001002710  
Mãe: SUELMA MEDEIROS ESPINOLA

CLIENTE: Sr.(a)

L- Nimesulida 10mg

tomar 1 cp d

DI 12h

Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM: 5221 TEOF 7702

Av. Ministro José Américo de Almeida (Beira Rio), 1450 - Torre  
Tel.: (83) 2106.0216 - Fax: (83) 3241.4359  
CEP: 58040-300 - João Pessoa - Paraíba

[ANSINP 32104-4]

Obs.: Voltando à consulta  
queira trazer esta receita.

92

F(G).APC.006-1



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362700400000022374612>  
Número do documento: 19072916362700400000022374612

Num. 23072344 - Pág. 3

PPS. *Colégio São Paulo*  
EMPATE NO VESTIMENTA S.A.  
1611187447 - Centro  
JOÃO PESSOA - PB

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLA LAERTIE, SEJA BEM-VINDO AO NOVO PROGRAMA DE  
FIDELIDADE SISTRE PAGUE MENOS. AGORA VOCÊ TEM BENEFÍCIOS  
PERSONALIZADOS PARA VOCÊ

PARABENS! VOCÊ É UM CLIENTE SEMPRE!

NESSA COMPRO VOCÊ ECONOMIZOU R\$ 34,07

SEU SALDO DE R\$ 500,00 ATÉ 30/06/2018 E DE R\$ 152,33 ATÉ 30/06/2018 E SEJA UM CLIENTE

\*ESSE VALOR E O QUE SEU SALDO DE COMPRAS, EXCLUIDO MEDICAMENTOS E SERVICOS. TODAS COMPRAS SAO CONTABILIZADAS EM ATÉ 12 MESES. UNA REDE DE REDE APENAS. SAIBA MAIS EM PAGAMENTOS.

CONSUMIDOR

CPF: 015.302-94-14 Blanca Nedreiros Espinola  
NUN ROBERTO FRANCO DE OLIVEIRA, 77, JOSE AMERICO - JOAO  
PESSOA

Consulta via Leitor OP 500





## EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S/A

CNPJ: 06.626253/0735-40 JOAO PESSOA - PB

LOJA 120 - Beira Rio Av Duarte da Silveira 620, Centro	TELEFONE 3034-2874
<b>RECIBO</b>	<b>R\$ 76.65</b>
Recebemos de <u>BIANCA MEDEIROS ESPINOLA</u>	
A importância de R\$ <u>SETENTA E SEIS REAIS E SESSENTA E CINCO CENTAVOS</u>	
referente a <u>COMPRA DO CUPOM N° 51202</u>	
<u>CNPJ 06.626.253/0120-87</u> EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S/A Av. Duarte da Silveira, 620 - Centro CEP 58013-280 João Pessoa - Paraíba	<u>JOÃO PESSOA, 17 de MARÇO de 2018</u>  <u>JEFFERSON BRAGA</u>

**ESTE DOCUMENTO É DE USO EXCLUSIVO INTERNO DE EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S/A  
O DOCUMENTO ELETRÔNICO É A VERSÃO MAIS ATUALIZADA**



Responsável: 5200001002710 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA  
 Beneficiário: 5200001002710 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Cód. Funcionário:

CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador		Nro Guia	Ano Guia				
Tipo	Código	Descrição	Data	U/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vlr. Antecip.
PROC	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	23/02/2018	ELE	000	15,00	1,0000	80,00	0,00	0,00	80,00	80,00	12,00	0,00
							Total (Doc):	1,00	80,00	0,00	0,00	80,00	80,00	12,00
CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador		Nro Guia	Ano Guia				
	1010	WEB	37911314	0	0		ANTONIO ALMEIDA DE LACERDA		00000000	0				
PROC	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	28/02/2018	ELE	000	15,00	1,0000	80,00	0,00	0,00	80,00	80,00	12,00	0,00
							Total (Doc):	1,00	80,00	0,00	0,00	80,00	80,00	12,00
CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador		Nro Guia	Ano Guia				
	1010	WEB	37958532	0	0		VALDEBAN DANTAS DA SILVA		00000000	0				
PROC	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	28/02/2018	ELE	000	15,00	1,0000	80,00	0,00	0,00	80,00	80,00	12,00	0,00
							Total (Doc):	1,00	80,00	0,00	0,00	80,00	80,00	12,00
CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador		Nro Guia	Ano Guia				
	1020	WEB	37958284	0	0		VALDEBAN DANTAS DA SILVA		00420681	2018				
PROC	40101010	ECG CONVENCIONAL DE ATE 12 DERIVACOES	28/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	14,74	0,00	0,00	14,74	14,74	2,95	0,00
							Total (Doc):	1,00	14,74	0,00	0,00	14,74	14,74	2,95
CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador		Nro Guia	Ano Guia				
	3020	XMLW	03457668	17	208		HOSPITAL UNIMED JOAO PESSOA		00253393	2018				
PROC	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	05/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	1,87	16,37	16,37	3,27	0,00
MEDI	90196031	NOVALGINA 500 MG/ML SOL. INJ. CX. 50 AMP X 2 ML.	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50	0,10	0,00
TAXA	60033711	TAXA DE SALA DE REPOUSO/ OBSERVACAO PA / OS, ATÉ 12 HORAS	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	489,59	489,59	97,92	0,00



Responsável: 5200001002710 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA											Cód. Funcionário:				
Beneficiário: 5200001002710 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA															
JF	TIPO	CÓDIGO	Descrição	DT	UI/E	Acom. Descrição	%	Qtd/Un	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vir. Antecip.
	TAXA	60028734	TAXA DE ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NO PRONTO SOCORRO PRONTO ATENDIMENTO, POR HORA	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	67,95	67,95	13,59	0,00
	MATE	70705330	SERINGA SIAG.10ML LUER-LOK PLASTIPAK 990172	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	0,43	0,43	0,09	0,00
	MATE	70014280	AGULHA HIPODERMICA 25X7 PRECISIONGLIDE 300327	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	0,08	0,08	0,02	0,00
	MEDI	90123255	RINGER 0,1LACTATO SOL. INJ. SIST. FECH. CX. 20 FR. ECOPLAC PLUS X 500 ML	05/02/2018		000	20,00	2,0000	0,00	0,00	0,00	2,78	5,56	1,11	0,00
	MEDI	90107209	TYLEX 7,5 MG + 500 MG CX. 12 CP.	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	0,75	0,75	0,15	0,00
	PROC	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	05/02/2018	ELE	000	15,00	1,0000	36,04	0,00	0,00	36,04	36,04	5,41	0,00
	MEDI	90099109	AGUA P/INJECAO CX. 100 AMP. PLAST. X 10 ML	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	0,17	0,17	0,03	0,00
	PROC	40803112	RX - PUNHO	05/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	3,75	18,25	18,25	3,65	0,00
	PROC	30711037	IMOBILIZACAO DE MEMBRO SUPERIOR	05/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,37	0,00	0,00	7,37	7,37	1,47	0,00
	PROC	40803112	RX - PUNHO	05/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	3,75	18,25	18,25	3,65	0,00
	Total (Doc):						14,00		64,80	22,11	9,37	658,53	661,31	130,46	0,00
	CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador					Nro Guia	Ano Guia	
		3020	XMLW	03484190		1	694	CENTRO PARAIBANO DE TRAUMA ORTOP					00351786	2018	
TIPO	CÓDIGO	Descrição	DATA	UI/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vir. Antecip.	
PROC	40803090	RX - COTOVELO	20/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	1,87	16,37	16,37	3,27	0,00	
PROC	40803112	RX - PUNHO	20/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	3,75	18,25	18,25	3,65	0,00	
	Total (Doc):						2,00		14,26	14,74	5,62	34,62	34,62	6,92	0,00

17 / 115



Responsável: 5200001002710 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA  
 Beneficiário: 5200001002710 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Cód. Funcionário:

CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador				Nro Guia	Ano Guia		
TIPO	Código	Descrição	Data	U/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vir. Antecip.
PROC	40803090	RX - COTOVELO	15/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	1,87	16,37	16,37	3,27	0,00
PROC	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	15/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	1,87	16,37	16,37	3,27	0,00
PROC	40803112	RX - PUNHO	15/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	3,75	18,25	18,25	3,65	0,00
						Total (Doc):	3,00	21,39	22,11	7,49	50,99	50,99	10,19	0,00
CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador				Nro Guia	Ano Guia		
TIPO	Código	Descrição	Data	U/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vir. Antecip.
PROC	40803112	RX - PUNHO	26/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	3,75	18,25	18,25	3,65	0,00
						Total (Doc):	1,00	7,13	7,37	3,75	18,25	18,25	3,65	0,00
CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador				Nro Guia	Ano Guia		
TIPO	Código	Descrição	Data	U/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vir. Antecip.
PROC	40304022	COAGULOGRAMA ITS TC, PRO LAC RET COA CON PLA TEM PRO TEM TRO PAR ATI - PES E/O D	28/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	17,76	0,00	0,00	17,76	17,76	3,55	0,00
PROC	40304361	HEMOGRAMA C/ COAGULOGRAMA PLAQUETAS OU FRACOS (ERITROGRAMA, LEUCOGRAMA, PLAQUETAS)	28/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	8,88	0,00	0,00	8,88	8,88	1,78	0,00
						Total (Doc):	2,00	26,64	0,00	0,00	26,64	26,64	5,33	0,00
						Total (Bene):	25,0000	308,96	66,33	26,23	963,77	966,55	183,50	0,00
						Total (Resp):	25,0000	308,96	66,33	26,23	963,77	966,55	183,50	0,00





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
18008527B01

**STATUS:**  
Encerrado

**INFORMAÇÕES GERAIS**

POLICIAL/MATRÍCULA: REITZ/1540568	DATA/HORA: 05/02/2018 06:30
--------------------------------------	--------------------------------

**Na Rodovia**

MUNICÍPIO/UF:

JOAO PESSOA/PB

BR: 230	KM: 23.0	SENTO:
		Decrescente

DESCRITIVO DO LOCAL:

**ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO**

FASE DO DIA: Pleno dia	CONDICÃO METEOROLÓGICA: Céu Claro	
TIPO DE VIA: Principal	TIPO DE PISTA: Dupla	CONDICÃO DE PISTA: Seca
TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto	ESTRUTURA VIARIA: Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA: Sim	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Não	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Sim

IMAGEM PANORÁMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÁMICA - SENTIDO DECRESCENTE



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45 NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 1 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>  
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 1



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**18008527B01**

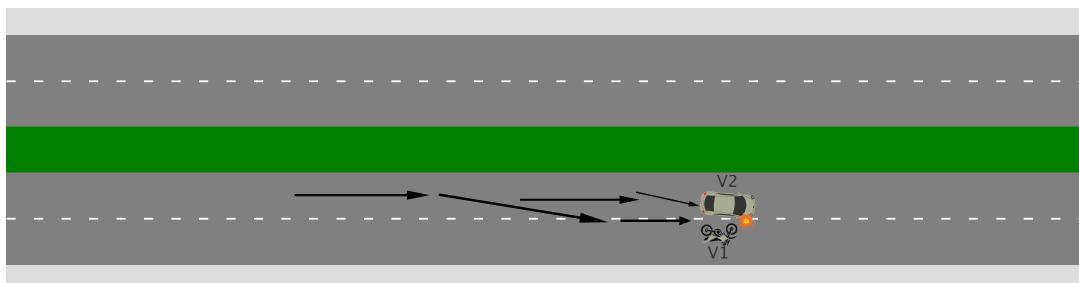
**STATUS:**  
**Encerrado**

**DINÂMICA**

**Eventos Sucessivos**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

**Croqui**



← Bayeux/PB

Cabedelo/PB →

**Narrativa**

No dia 05/02/2018, às 06:30h, em João Pessoa/PB, no km 23 da BR 230, constatou-se através dos vestígios e orientação dos danos nos veículos, que o veículo HONDA/NXR150 BROS KS, de placas MOP-9267/PB, V1, trafegava na linha divisória de faixas, quando o veículo I/CHEVROLET AGILE LTZ, de placas MOM-4742/PB, V2, que seguia na faixa da esquerda decidiu mudar para a faixa da direita devido a lentidão do trânsito a sua frente, momento em que colidiu na lateral de V1, conforme croqui. OBS.: 1 - Velocidade regulamentar no local é de 80 km/h. 2 - Existe sinalização vertical e horizontal em boas condições. 3 - As condições ambientais eram boas no momento do acidente

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 2 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>  
 Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 2



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
18008527B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: V1	PLACA: MOP9267	MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS KS	ANO FABRICAÇÃO: 2007
-------------------	-------------------	---------------------------------------	-------------------------

SITUAÇÃO: Tracionador	TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta
--------------------------	---------------------------------

CHASSI: 9C2KD03208R006722	RENAVAM: 00941881679	PAÍS: BRASIL
------------------------------	-------------------------	-----------------

ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Outras
------------------------	--------------------------	---

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  
Transitava na linha divisória de faixas.

NOME DO PROPRIETÁRIO:  
LAERTHE DE MENEZES CPF/CNPJ:  
074.171.664-07

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:

NÚMERO:

COMPLEMENTO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF:  
JOAO PESSOA/PB

TELEFONE:

EMAIL:

**Dados da Carga**

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45 NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 3 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>  
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 3



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**18008527B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: V2	PLACA: MOM4742	MARCA/MODELO: I/CHEVROLET AGILE LTZ	ANO FABRICAÇÃO: 2010
SITUAÇÃO: Tracionador	TIPO DE VEÍCULO: Automóvel		
CHASSI: 8AGCN48X0BR187701	RENAVAM: 00283306092	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Mudando de faixa	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: RAFAEL BATISTA DE OLIVEIRA	CPF/CNPJ: 089.637.484-05
---	-----------------------------

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:	NÚMERO:
-------------	---------

COMPLEMENTO:	BAIRRO:
--------------	---------

MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	
---------------------------------	--

TELEFONE:	EMAIL:
-----------	--------

**Dados da Carga**

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
---

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45 NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 4 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>  
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 4



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**18008527B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS	ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO	
NOME: Iaertthe menezes	CPF: 074.171.664-07	DATA DE NASCIMENTO: 20/04/1986
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

**Dados da Habilitação**

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 06732957032	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 03/11/2016	VALIDADE DA CNH: 10/06/2018	

OBSERVAÇÕES DA CNH:

15

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE: RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

socorrido pelo SAMU

VISIVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
---------------------------------------	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45 NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 5 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>  
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 5



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**18008527B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: <b>V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS</b>	ENVOLVIMENTO: <b>Passageiro</b>
NOME: <b>bianca medeiros espindola</b>	CPF: <b></b>
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: <b>195662292002-0</b>	ÓRGÃO EXPEDIDOR: <b>ssp/MA</b>
ESTADO CIVIL: <b></b>	NOME DA MÃE: <b>selma medeiros espindola</b>

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO: <b></b>	NUMERO: <b></b>
COMPLEMENTO: <b></b>	BAIRRO: <b></b>
MUNICÍPIO/UF: <b></b>	
TELEFONE: <b></b>	EMAIL: <b></b>

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO: <b>Lesões Leves</b>	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: <b>NÃO APPLICÁVEL</b>
USAVA CAPACETE: <b>Ignorado</b>	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: <b>NÃO APPLICÁVEL</b>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45 NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 6 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>  
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 6



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**18008527B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ	ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO	
NOME: RAFAEL BATISTA DE OLIVEIRA	CPF: 089.637.484-05	DATA DE NASCIMENTO: 14/11/1988
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Casado(a)	NOME DA MÃE: ROSANGELA BATISTA DE OLIVEIRA	

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO: RUA SAO LUCAS	NUMERO: 281
COMPLEMENTO:	BAIRRO: CRISTO REDENTOR
MUNICÍPIO/UF: SANTO ANTONIO DO JACINTO/MG	

TELEFONE:	EMAIL:
-----------	--------

**Dados da Habilitação**

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 04569038414	UF: PB

DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 10/02/2009	VALIDADE DA CNH: 23/09/2018
---	--------------------------------

OBSERVAÇÕES DA CNH: 99
---------------------------

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:
--

VISIVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
---------------------------------------	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:
---

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45 NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 7 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>  
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 7



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**18008527B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:	ENVOLVIMENTO:	
V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ		Passageiro
NOME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
JULIANA SILVA OLIVEIRA	069.856.524-09	04/01/1987
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
		Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	
	EDJANE MOREIRA DA SILVA	

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:	NUMERO:
ANTONIO GOMES DA SILVEIRA	
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
BL A1 APTO 404	CRISTO REDENTOR

MUNICÍPIO/UF:	SANTO ANTONIO DO JACINTO/MG
---------------	-----------------------------

TELEFONE:	EMAIL:
-----------	--------

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
Iléso	Ignorado
USAVAL CAPACETE:	USAVAL DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:
NÃO APPLICÁVEL	NÃO APPLICÁVEL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45 NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 8 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>  
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 8



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**18008527B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:	NÚMERO DO BAT:
V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS	18008527B01
NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:	DATA/HORA:
REITZ/1540568	05/02/2018 06:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):	DIMENSÃO DA MONTA:
0	Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45 NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 9 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>  
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 9



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
18008527B01

**STATUS:**  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 10 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>  
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 10



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
**18008527B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:	NÚMERO DO BAT:
V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ	18008527B01
NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:	DATA/HORA:
REITZ/1540568	05/02/2018 06:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):	DIMENSÃO DA MONTA:
0	Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45 NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 11 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>  
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 11



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
18008527B01

**STATUS:**  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)

IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 12 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>  
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 12



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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 04/02/18	ID da Ocorrência: 1973340	<input type="checkbox"/> USB	<input type="checkbox"/> Nº / Equipe: 04	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: HS	Hora de Chegada no Local: HS
Paciente / Usuário: <i>Laerte de Souza (36:30)</i>			Idade: 31		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino	Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Candeias <input type="checkbox"/> Outro:						
Endereço: <i>Av. 230</i>		Bairro: <i>Av. 230</i>		Médico Regulador: <i>IVMA</i>		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apóio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
<i>Hosp. Unimed.</i>				Responsável em Local (Assinatura e Carimbo)		
Destino (Unidade Hospitalar)						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO
Motivo: <i>colisão carro x moto</i>		
► CAUSAS EXTERNAS		
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____		
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____		

<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	
Hospital de Origem: _____	
Responsável: _____	
Hospital de Destino: _____	
Responsável: _____	
► ANTECEDENTES	
<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	
<input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Intervenções Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo	
Quals?	

1. DADOS VITAIS

P.A: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ SpO2 - S/O2: \_\_\_\_\_ SpO2 - C/O2: \_\_\_\_\_

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: *AVP.*

Intervenções: *AVP.*

Evolução do Enfermeiro:

*Vítima não descreve sintomas existentes, sentindo-se apático. 1º: Vítima com suspeita de lesão em região abdominal suspeita. 2º: Vítima sente dor, com suspeita de lesão em região abdominal. 3º: Vítima sente dor, com suspeita de lesão em região abdominal. 4º: Vítima sente dor, com suspeita de lesão em região abdominal.*

CONFERE COM ORIGINAL

Hospital Alberto Urquiza Wanderley

Impresso por lais.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIDADE ALBERTO URQUIZA WANDERLEY



<b>2 - VIA AÉREA:</b> <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstruída parcialmente <input type="checkbox"/> Obstruída totalmente <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de glote <input type="checkbox"/> Bronco-aspasão																													
<b>2.1 - VENTILAÇÃO:</b> <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Assistida <input type="checkbox"/> Rítmico irregular <input type="checkbox"/> Parada respiratória																													
<b>2.2 - EXPANSIBILIDADE:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular																													
<b>2.3 - ACHADOS:</b> <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Expectorado <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo <input type="checkbox"/> Hélix Estático																													
<b>3 - CIRCULAÇÃO:</b> <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Normal																													
<b>3.1 - EDEMAS:</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Local: _____																													
<b>3.2 - PERFUSÃO:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Retardada (<2seg) <input type="checkbox"/> Ausente																													
<b>3.3 - PULSO:</b> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Chalo <input type="checkbox"/> Ausente																													
<b>3.4 - E.C.G.:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Não realizado																													
<b>4 - EXAME NEUROLÓGICO</b> ECGL _____																													
<b>5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO</b> <input type="checkbox"/> Abortamento <input type="checkbox"/> Hemorragia vaginal <input type="checkbox"/> Trabalho de parto <input type="checkbox"/> Normal _____ semanas																													
Encontrado: <input type="checkbox"/> Decúbito Dorsal <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Ventral <input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Deambulando <input type="checkbox"/> outro: _____ Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Algo Desorientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Agitado																													
<table border="0"> <tr> <td><b>PROCEDIMENTOS</b></td> <td><input type="checkbox"/> DEA</td> <td><input type="checkbox"/> KED Adulfo</td> <td><input type="checkbox"/> Sonda vesical</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bomba de Infusão</td> <td><input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas</td> <td><input type="checkbox"/> KED Infantil</td> <td><input type="checkbox"/> Sedação</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea</td> <td><input type="checkbox"/> Drenagem torácica</td> <td><input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa</td> <td><input type="checkbox"/> Tais / Tração</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Colar cervical</td> <td><input type="checkbox"/> Defibrilação / Cardioversão</td> <td><input type="checkbox"/> Crotáqueal</td> <td><input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Controle de hemorragia</td> <td><input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal</td> <td><input type="checkbox"/> Prancha Longa</td> <td><input type="checkbox"/> VMI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cricotrioidostomia</td> <td><input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O<sub>2</sub>)</td> <td><input type="checkbox"/> Punição venosa</td> <td><input type="checkbox"/> VMNI</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Curativo</td> <td><input type="checkbox"/> Imobilização de membros</td> <td><input type="checkbox"/> Sonda gástrica</td> <td><input type="checkbox"/> Outros: _____</td> </tr> </table>		<b>PROCEDIMENTOS</b>	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulfo	<input type="checkbox"/> Sonda vesical	<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação	<input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Tais / Tração	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Defibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Crotáqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)	<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI	<input type="checkbox"/> Cricotrioidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O <sub>2</sub> )	<input type="checkbox"/> Punição venosa	<input type="checkbox"/> VMNI	<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<b>PROCEDIMENTOS</b>	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulfo	<input type="checkbox"/> Sonda vesical																										
<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação																										
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaringea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Tais / Tração																										
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Defibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Crotáqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)																										
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI																										
<input type="checkbox"/> Cricotrioidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O <sub>2</sub> )	<input type="checkbox"/> Punição venosa	<input type="checkbox"/> VMNI																										
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros: _____																										
Descrição do(s) procedimento(s): _____																													
<b>MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)</b> Q - S / R <input type="checkbox"/> S - Esquipes. Q - Ideo 20 <input type="checkbox"/> adutora <input type="checkbox"/>																													
<b>PERTENÇES DA VÍTIMA</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Objetos: _____ _____ _____ _____ _____																													
Entregues a / Local: _____ Assinatura com Carimbo do recebedor: _____																													
<b>IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR:</b> <input type="checkbox"/> TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____ MATRÍCULA: _____ <b>ENFERMEIRO(A):</b> <input type="checkbox"/> MÉDICO(A): _____ CRM: _____																													
<b>Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente -</b> <input type="checkbox"/> Recusa Remoção <input type="checkbox"/> Recusa Atendimento NOME: _____ RG / CPF: _____ ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____ TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____																													



**HOSPITAL UNIMED JOSÉ PESSOA**  
Sistema de Urgência e Emergência  
Ficha de Atendimento de Urgência e Emergência



A standard linear barcode is located in the top left corner of the page.

1739725

Atendimento :	1738728	Prontuário :	385473	Data/Hora :	05/02/2018 8:05:01	
Paciente :	BIANCA MEDEIROS ESPINOLA			Sexo :	FEMININO	
Nascimento :	20/04/1986	Idade :	31 anos 9 meses 18 dias	Doc :		
Endereço :	RUA ROBERTO FRANCO DE OLIVEIRA			Num :	77	
Bairro :	JOSE AMERICO DE ALMEIDA	Cidade :	JOAO PESSOA			
Convênio :	UNIMED JOAO PESSOA			Plano :	PLANO COM REDUTOR	
Carteira :	00335200001002710			Tipo :	ATENDIMENTO (URGÊNCIA)	
Mae :	SUELMA MEDEIROS ESPINOLA					
<u>Classificação de Risco</u>	<u>Senha</u>	<u>Usuário</u>	<u>NOLMIA ALVIM DE BRITO (COREN : 286921)</u>			
	<u>Hora do Torem</u>	07:48:25	<u>Inicio Classificação</u>	07:52:58	<u>Fim Classificação</u>	07:53:49
Priorizado :	AMARELO - URGENTE			Especialidade	CIRURGIA GERAL	
Queixa Principal	PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU VITIMA DE COLISAO MOTOXCARRO COM QUILHAS DI. DOR EM MBD - PÉ ESQUERDO NEGA DM/HAS/ALERGIA					
Fluxograma/Sintoma	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES			Discriminadores	DOR MODERADA/P	
Observações						

Finals Vitals  
PESO COMA DE GLASGOW ADULTO 150 (NURS) DE 0 A 28 DIAS 11 A 28 DIAS 11 A 28 DIAS

## Alergias

Qual é o nome do(a) paciente?  
PACIENTE/RESPONSÁVEL

**CONFERE COM ORIGINAL**  
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley





UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1  
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente  
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1  
Emitido por: M1873  
Em: 05/02/2018 08:32

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc: 20/04/1988 Idade.: (31a 9m 18d)  
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL  
Unid. Int.: Leito.. Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA  
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA  
Médico.: ELIVALDO SALES DE TOLEDO - CRM 001873  
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição.: 2398474 | Data.: 05/02/2018 | Hr.: 08:29  
Diagnóstico.: | Cid.: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO  
Peso.: | Altura.: | Sup. Corporea..:

1ª VIA



### Classificação de Risco: URGENTE

#### PRESCRIÇÃO MÉDICA - PA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 RINGER COM LACTATO BOLSA 500ML	2	BOLSA		IV	AGORA	05/02/2018
1 AMPOLHA 250ML		AMPOLHA				
1 AMPOLHA 100ML		AMPOLHA				
1 SERINGA DISCO 10ML SEM AGULHA		UNIDADE				
1 AGULHA DISCARTE AVEL 20X7		UNIDADE				

⑤ *ITALAL 100 mg - 1 SF 100ml* *05/02/2018* *EL. Elivaldo S. Toledo*  
*03/02/1873* *Unimed*

ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM 001873



Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc.: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)  
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL  
Unid. Int.: Leito.: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 00:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA  
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA  
Médico.: ELIVALDO SALES DE TOLEDO | Prescrição.: 2399742 | Data.: 05/02/2018 | Hr.: 14:43  
Diagnóstico.: | Cid.: S602 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO  
Peso.: | Altura.: | Sup. Corporea.:  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO....: ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA - CRM: 005221  
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO

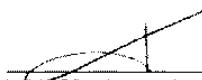
1º VIA



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Ap1	Frequência	Datas/Horários
6 TYLEX 7.5MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	AGORA	[05/02] 14:43

  
ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA  
CRM 005221

CONFERE COM ORIGINAL  
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley





UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1  
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente  
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1  
Emitido por: M5221  
Em: 05/02/2018 14:45

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc.: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)  
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL  
Unid. Int.: Leito.: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA  
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA  
Médico.: ELIVALDO SALES DE TOLEDO | Prescrição.: 2399748 | Data.: 05/02/2018 | Hr.: 14:44  
Diagnóstico.: | Cid.: S602 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO  
Peso.: | Altura.: | Sup. Corporea...  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO .....: ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA - CRM: 005221  
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO

1ª VIA



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MÉDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR Obs.: axilex parcer					AGORA	[05/02] 14:44

  
ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA  
CRM 005221





UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1  
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente  
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1  
Emitido por:M1873  
Em: 05/02/2018 08:28

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc: 20/04/1986 Idade.: (31a 8m 18d)  
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL  
Unid. Int.: Leito...: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA  
MEDEIROS ESPINOLA Convênio.: UNIMED JOAO PESSOA  
Médico.: ELIVALDO SALES DE TOLEDO - CRM 001873  
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição.: 2398446 | Data.: 05/02/2018 | Hr.: 08:18  
Diagnóstico.: | Cid.: S602 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO  
Peso.: | Altura.: | Sup. Corporea...:

1ª VIA



### Classificação de Risco: URGENTE

#### PREScrição MÉDICA - PA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX PUNHO DIREITO:A.P. - LAT. - OBLIGUAS ; Exame: 558602 Justificativa: contusão punho direito						
2 RX MAC DIREITA : EXAME 558602 Justificativa: contusão na mão direita						

Elivaldo S. Toledo  
03/02/18  
Unimed JP  
ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM 001873

CONFERE COM ORIGINAL  
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley

Impresso por lais.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362876900000022374623>  
Número do documento: 19072916362876900000022374623

Num. 23072605 - Pág. 7



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1  
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente  
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1  
Emitido por: M4127  
Em: 05/02/2018 11:46

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc: 20/04/1988 Idade.: (31a 9m 18d)  
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL  
Unid. Int.: Leito...: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:03 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA  
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA  
Médico.: ELIVALDO SALES DE TOLEDO | Prescrição.: 2369212 | Data.: 05/02/2018 | Hr.: 11:46  
Diagnóstico.: | Cid.: S602 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO  
Peso.: | Altura.: | Sup. Corporal...:  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: ORLANDO CAVALCANTI DE FILHO - CRM: 004127  
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO

1ª VIA



### Classificação de Risco: URGENTE

#### PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	Qty	Unidade	SN	Apt	Frequência	Datas/Horários
5 RX PUNHO DIREITO A.P. - LAT. - OBLÍQUAS ; Exame: 558635 Justificativa: DOR NO PUNHO						

  
ORLANDO CAVALCANTI DE F. FILHO  
CRM 004127



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Relatório de Evolução

Em 05/02/2018 08:17

Paciente: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Idade: 31 Anos 9 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 20/04/1986

Prestador Assistente: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Função: MEDICO (A) COOPERADO

Conselho / Número Cons.: CRM 001873

### RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 1738728 | Leitor: 1738728 | Admissão: 05/02/2018 08:05

Convenio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: PLANO COM REDUTOR

EVOLUÇÃO: 2398433 (FECHADO)

Responsável: ELIVALDO SALES DE TOLEDO - CRM 001873 | Data de Referência: 05/02/2018

/ CIRURGIA GERAL

Data/Hora do Documento: 05/02/2018 08:13

paciente vítima de acidente de motocicleta, levando a contusão no punho e mão direita. nega dor nas demais partes do corpo.

Dr. Elivaldo Sales de Toledo  
CRM 001873

ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM 001873

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

05/02/2018 08:13

</

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1  
MVPÉP - Prontuário Eletrônico do Paciente  
Parecer Médico

Página 1 de 1  
Emitido por: ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
Em: 05/02/2018 08:38

**Dados do Paciente:**

Paciente: 385473 BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Idade: 31 Anos 9 Meses

Data de Nascimento: 20/04/1986

**Dados da Internação:**

Atendimento: 1738728

CID: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA

Convênio: 3 UNIMED JOAO PESSOA

Dt Internação: 05/02/2018

Serviço: CIRURGIA GERAL

Leito:

Enfermaria:

Unidade:

**Solicitação do Parecer:**

Código: 6306

Data: 05/02/2018

Prestador: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Especialidade: 33 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Descrição: CONTUSÃO NO PUNHO E MÃO DIREITA

ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM 003873  
Tóledo

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

lais.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362876900000022374623>  
Número do documento: 19072916362876900000022374623

Num. 23072605 - Pág. 10

Atendimento: 1738728

Paciente: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Idade: 31 Anos 9 Meses

Data de Nascimento: 20/04/1986

Leito Atual:

Médico Assistente: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Setor: PA - POSTO / OBS. GERAL - HP

Prestador Responsável: HERICA HALANA NUNES DE BRITO

Conselho / Número COREN 335067

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

### ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 05/02/2018

Hora anotação: 16:39

Responsável: HERICA HALANA NUNES DE BRITO

Leito:

Anotação

ORTOPEDIA

09:30 - PACIENTE REALIZOU PARECER COM O ORTOPEDISTA VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR EM MSD E PÉ ESQUERDO, REALIZADO AVALIAÇÃO E EXAME FÍSICO, SOLICITADO EXAME DE IMAGEM (RX SEM TALA).  
14:45 - PACIENTE REAVALIADO LOGO APOS EXAME, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO VO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA E COLOCADO IMOBILIZADOR TIPO AXILO PALMAR, LIBERADA COM ORIENTAÇÕES E RECEITA.

  
HERICA HALANA NUNES DE BRITO  
COREN 335067

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Impresso por lais.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

CONFIRME COM ORIGINAL  
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362876900000022374623>  
Número do documento: 19072916362876900000022374623

Num. 23072605 - Pág. 11

**HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY**  
**MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico**  
**Relatório de Resumo de Alta**

**PÁGINA 1 DE 1**  
Emitido por: ELIVALDO  
Em: 06/02/2018 18:05

**RESUMO DE ALTA**

**DATA DA ALTA - 06/02/2018 18:05:00**

**IDENTIFICAÇÃO**

**NOME:** BIANCA MEDEIROS ESPINOLA **RG:** 195662920020 **PESO:**  
**IDADE:** 31 Anos **SEXO:** FEMININO **ALTURA:**  
**Data de Nascimento:** 20/04/1986  
**PRESTADOR ASSISTENTE:** ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
**DATA DE ATENDIMENTO:** 05/02/2018 08:05:01 **ATENDIMENTO:** 1738728 **TEMPO DE PERMANÊNCIA:** 1 Dia(s)  
**CONVÉNIO:** UNIMED JOAO PESSOA **PLANO:** PLANO COM REDUTOR

**DIAGNÓSTICO**

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:** S602 - CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO

**DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):**

**DIAGNÓSTICO INICIAL:** S602 - CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO

**DIAGNÓSTICO DE ALTA:** S602 - CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MÃO

**EXAMES**

**DATA DO PEDIDO EXAMES**

05-02-2018 RX - MAO OU QUIRODACTILOS  
05-02-2018 RX - PUNHO  
05-02-2018 RX - PUNHO

**TRATAMENTO TERAPEUTICO**

**PRESTADOR:** ELIVALDO SALES DE TOLEDO **ÚLTIMA:** 05/02/2018

**EVOLUÇÃO**

paciente vítima de acidente de motocicleta, levando a contusão no punho e mão direita. nega dor nas demais partes do corpo.

**CONSULTA DE ALTA**

**MOTIVO DA ALTA:** ALTA APÓS CONSULTA

**PROCEDIMENTO DE ALTA:**

*Dr. Elivaldo Sales de Toledo*  
05/02/2018  
ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM-001873

Impresso por consultor@pjpb.jus.br em 06/02/2018 18:05:51 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

lais, domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362876900000022374623>  
Número do documento: 19072916362876900000022374623

Num. 23072605 - Pág. 12

CONFERE COM ORIGINAIS



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:29  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907291636287690000022374623>  
Número do documento: 1907291636287690000022374623

Num. 23072605 - Pág. 13

2. ANDA - DOCUMENTATION - 02/09/2018 10:51:25 - INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE - INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:29  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907291636287690000022374623>  
Número de documento: 1907291636287690000022374623

Num. 22072605 Pág. 14

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPI/ADT												2 - N° Guia no Prestador <b>449695</b>										
1 - Registro AG 321044	2 - Número da Guia Principal _____	3 - Data da Autorização _____	4 - Série _____	5 - Data da Autorização da Série _____	6 - Número da Guia Ativação _____	7 - Número da Guia Ativação pela Operadora _____	ÁREA AMARELA															
Dados do Beneficiário		8 - Nome do Beneficiário ELIVALDO SALES DE TOLEDO		9 - Válida de Série 00335200001002710		10 - Nome BIANCA MEDEIROS ESPINOLA		11 - Código Nacional de Saúde N		12 - Número do Profissional 001873												
Ordens de Serviço		13 - Código da Operadora <b>110176</b>		14 - Nome do Contratado <b>UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO</b>		15 - Código Profissional 6		16 - Conselho Profissional 25		17 - Código CBO 226225			18 - Assinatura do Profissional _____									
Dados de Subscrição / Procedimento e Balcão de Serviços		19 - Código da Operadora 05/02/2018		20 - Indicação Clínica confusão com punho direito,		21 - Código da Operadora 2		22 - Data de Subscrição 05/02/2018		23 - Código CNES 2056724			24 - Tabela 77		25 - Código do Procedimento 40093+9		26 - Descrição Rx - Perno		27 - Guia Série _____		28 - Guia Aut _____	
Dados de Controle das Execuções		29 - Código da Operadora 110176		30 - Nome do Contratado <b>UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO</b>		31 - Código CNES 2056724		32 - Assinatura _____		33 - Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Responsável)			34 - Tela de Consulta _____		35 - Método de Encerramento do Atendimento _____							
Dados de Execução / Procedimento e Exames Realizados		36 - Data 14-1-2018		37 - Hora Início 08:00		38 - Hora Fim 08:15		39 - Código do Procedimento 40 - Descrição 41 - Tabela 42 - Data 14-1-2018		43 - Hora 08:00		44 - Tela 08:00		45 - Profissional _____		46 - Valor Unitário(R\$) _____		47 - Valor Total(R\$) _____				
48 - Identificação do(a) Profissional(s) Execuente(s)		49 - Código da Operadora 110176		50 - Nome do Profissional _____		51 - Código Profissional _____		52 - Nome do Conselho _____		53 - Código CBO _____		54 - UF _____		55 - Código CNES _____		56 - Data de Realização do Procedimento em Série 14-1-2018		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável _____				
58 - Descrição / Atividade		59 - Total Procedimento (R\$) _____		60 - Total Taxas e Impostos (R\$) _____		61 - Total Material (R\$) _____		62 - Taxa de CRM (R\$) _____		63 - Taxa de Atendimento (R\$) _____		64 - Total de Operações Medicinais (R\$) _____		65 - Total (R\$) _____								
66 - Assinatura do(a) Profissional(a) Execuente(a)		67 - Assinatura do(a) Profissional(a) Execuente(a)		68 - Assinatura do(a) Profissional(a) Execuente(a)		69 - Assinatura do(a) Profissional(a) Execuente(a)		70 - Assinatura do(a) Profissional(a) Execuente(a)		71 - Assinatura do(a) Profissional(a) Execuente(a)		72 - Assinatura do(a) Profissional(a) Execuente(a)		73 - Assinatura do(a) Profissional(a) Execuente(a)		74 - Assinatura do(a) Profissional(a) Execuente(a)		75 - Assinatura do(a) Profissional(a) Execuente(a)				

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 05/02/2018 08:28:56 Atendimento: 1738728 Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

1738728

CONFERE COM ORIGINAL  
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

Impresso por lais.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362876900000022374623>  
 Número do documento: 19072916362876900000022374623

Num. 23072605 - Pág. 15

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT												2 - Nº Guia no Prestador <b>449693</b>	
1 - Registro SP/SADT 321044	2 - Nome do Dado Principal												
4 - Data de Admissão	5 - Data	6 - Data Validação da Guia		7 - Momento da Guia Attribuído para Operação									
Dados da Operação													
8 - Número da Cédula 00335200001002710	9 - Número de Cédula	10 - Nome BIANCA MEDEIROS ESPINOLA		11 - Cédula Nacional de Identidade		12 - Número da CNH N							
Dados do Consultor													
13 - Código do Consultor 110176	14 - Nome do Consultor UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO												
15 - Nome do Profissional Soltane ELIVALDO SALES DE TOLEDO	16 - Conselho Profissional 6	17 - Número no Conselho 001673		18 - UF 25	19 - Código CBO 226225	20 - Atividade Profissional Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO							
Dados da Execução / Preparatório e Exames Realizados													
21 - Centro Atendente 2	22 - Data da Execução 08/02/2018	23 - Instituição Cirúrgica ambulatório mto direta.											
24 - Tabela 39	25 - Código do Procedimento 40003195	26 - Descrição Rx - Rx de ventrículo		27 - Data, Sessão 1						28 - Clín. At.			
Dados do Contratado Executante													
29 - Código da Operadora 110176	30 - Nome do Consultor UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO											31 - Código CNES 3056724	
Dados do Atendimento													
32 - Tipo Atendimento	33 - Informação de Acidente (Acidente ou Doença Recorrente)	34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo da Encerramento do Atendimento									
Dados da Execução / Preparatório e Exames Realizados													
36 - Data da Execução 08/02/2018	37 - Hora Início 10:30	38 - Hora Fim 10:30	39 - Código do Procedimento 40003195	40 - Descrição	41 - OS/SP	42 - OS/SP	43 - Visita	44 - Visita Recorrer/Atender/Referir Unimed/PSP	45 - Visita Total/At.				
46 - 1	47 - 1	48 - 1	49 - 1	50 - 1	51 - 1	52 - 1	53 - 1	54 - 1	55 - 1				
56 - 1	57 - 1	58 - 1	59 - 1	60 - 1	61 - 1	62 - 1	63 - 1	64 - 1	65 - 1				
66 - 1	67 - 1	68 - 1	69 - 1	70 - 1	71 - 1	72 - 1	73 - 1	74 - 1	75 - 1				
Identificação do(a) Profissional(a) Responsável													
76 - Sócio/RM	77 - Grado Prof.	78 - Código do Consultor	79 - Nome do Profissional		80 - Conselho Profissional	81 - Número no Conselho	82 - UF	83 - Código CBO					
84 - Conselho	85 - Grado Prof.	86 - Código do Consultor	87 - Nome do Profissional		88 - Conselho Profissional	89 - Número no Conselho	90 - UF	91 - Código CBO					
50 - Data de Realização do Procedimento em Edital													
51 - Observações / Avisos	52 - Total Medicamentos (R\$)	53 - Total de OCP (R\$)	54 - Total de OCP/SP (R\$)	55 - Total de Outras Medicinas (R\$)	56 - Total Outras (R\$)								
57 - Total Medicamentos (R\$)	58 - Total Medicinas (R\$)	59 - Total de OCP (R\$)	60 - Total de OCP/SP (R\$)	61 - Total de Outras Medicinas (R\$)	62 - Total Outras (R\$)								
59 - Autorização de Beneficiário ou Responsável													
60 - Autorização de Consultor													
Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 05/02/2018 08:28:54													
Assinatura: 1738726													
Convenio: UNIMED JOAO PESSOA													
1738726													

: lais.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO IRQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

Bianca M. Espíndula



Imagem Radiográfica

Diagnóstico Frat. Escapóide USD  
UVE: Exame RIC em Orce

O paciente apresenta a fratura  
do osso clavicular p/ abertura dos tendo-  
mos e reparo da lesão ligamentar  
ponto e da fratura escapóide de  
Urgência

Assinatura: Dr. Antônio Lacerda  
CRM-PB 5078  
Tel: 991442753 / 99141992

07.03.18



Rua Miriam Barreto Rabelo, 591, Aeroclube  
João Pessoa | PB - CEP 58036-690 - Tel: (83) 3578 3000

[www.ortotraumamedical.com.br](http://www.ortotraumamedical.com.br)

[Facebook: ortotraumamedicalcenter](https://www.facebook.com/ortotraumamedicalcenter)

[Instagram: @ortotraumamedical](https://www.instagram.com/ortotraumamedical/)

Dir. Dr. André Luis Lopes Gomes de Siqueira CRM 4267/PB





**Poder Judiciário da Paraíba  
3ª Vara Cível da Capital**

0842133-80.2019.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos.

Defiro o pedido de gratuidade de justiça.

À luz do que dispõe o art. 321 do CPC, intime-se o autor para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a petição inicial, esclarecendo o fato e o fundamento jurídico do pedido de indenização do valor de R\$438,32 (quatrocentos e três reais e trinta e dois centavos).

JOÃO PESSOA, data da assinatura eletrônica.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: MIGUEL DE BRITTO LYRA FILHO - 13/08/2019 14:47:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081314473917400000022746119>  
Número do documento: 19081314473917400000022746119

Num. 23466562 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 3<sup>a</sup> VARA CÍVEL - JOÃO PESSOA - PARAÍBA.**

**BIANCA MEDEIROS ESPINDOLA**, já qualificada nos autos do processo em epígrafe, por seus advogados, devidamente constituídos, vem, à presença de Vossa Excelência, com o devido respeito e acatamento estribado no artigo 319, II e VII do Código de Processo Civil, requer seja emendada a inicial no sentido de complementar, esclarecer o pedido da parte Autora:

Fundamentos:

**Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).**

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o percepimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

**Diante do alegado, em consonância com a documentação acostada:**

Requer, ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), mais R\$ 438,32 (quatrocentos e trinta e oito reais e trinta e dois centavos), REFERENTE AS DESPESAS MÉDICAS (COMPROVANTES ID 23072344), além as correções legais e honorários sucumbenciais.



Nestes termos,  
Pede e espera deferimento.  
João Pessoa, 02 de junho de 2020.

***Fabio Carneiro Cunha Lima***

*Advogado – OAB/PB nº. 13.527*

***Ana Raquel de S. e S. Coutinho***

*Advogada – OAB-PB nº. 11.968*



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 05/06/2020 11:26:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006051126111600000030040648>  
Número do documento: 2006051126111600000030040648

Num. 31311370 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba  
3ª Vara Cível da Capital**

**Processo nº 0842133-80.2019.8.15.2001**

**DESPACHO**

Vistos.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócuia. A parte autora busca no Judiciário a revisão/modificação de ato praticado no âmbito extrajudicial, apenas rerepresentando a situação de fato ao juízo. Ademais, a experiência prática demonstra que as seguradoras não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual deixo de designar audiência prévia de conciliação.

Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

João Pessoa, data da assinatura eletrônica.

**Juiz(a) de Direito**



**Poder Judiciário da Paraíba  
3ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
JOÃO PESSOA  
( )**

**MANDADO DE CITAÇÃO**

**Nº DO PROCESSO: 0842133-80.2019.8.15.2001**

**CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Seguro]**

Autor: BIANCA MEDEIROS ESPINDOLA

N o m e : B R A D E S C O

S E G U R O S

S / A

Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 3ª Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado por seu representante legal, através deste, ficar ciente do despacho em frente: Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.  
JOÃO PESSOA, em 31 de julho de 2020.

ANA CRISTINA PESSOA DINIZ

Servidor

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>**

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 19072916362028400000022373729



Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA PESSOA DINIZ - 31/07/2020 18:39:33  
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073118393255200000031450744](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073118393255200000031450744)  
Número do documento: 20073118393255200000031450744

Num. 32846054 - Pág. 1

## C E R T I D Ã O

Certifico que às 12H:30M, do dia 14.08.2020, na forma do artigo 3º, da Resolução 313/2020 do CNJ, que autoriza a utilização dos meios tecnológicos disponíveis e Ato Normativo Conjunto 07/2020 do TJ-PB, MP-PB, DPE-PB e OAB/PB, procedi a CITAÇÃO do Bradesco Seguros, através do e-mail institucional (vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br); dando-lhe ciência de todo conteúdo deste, bem como enviando-lhe cópia do mandado Id 32846054. O referido é verdade e dou fé.

João Pessoa, 14 de agosto de 2020

Antônio Alberto Filgueira

Oficial de Justiça – Mat. 472.749-5



Assinado eletronicamente por: ANTONIO ALBERTO FILGUEIRA - 14/08/2020 12:23:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412230472200000031806470>  
Número do documento: 20081412230472200000031806470

Num. 33229662 - Pág. 1