



4/107169-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 000



R\$ 13,20



10/06/2020



Jun / 2020



0kWh

FATURAS EM A

Feb 20

CGI	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc Total	Alig	ICMS Base Calc (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0501	Cust. de Disponibilidade de			13,00	0,00	0	0,00	13,00	
0512	Suporte			2,85	0,00	0	0,00	2,85	
0503	Descontos e Juros			2,85	0,00	0	0,00	2,85	



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A):

Anno Keli de Souza Alencar

PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 552 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 28 / 03 / 2020 A 01 / 06 / 2020 NECESSITANDO DE
60 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 01 / 06 / 2020

Ass. do médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
modificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ANA KELE DE SOUSA ALVES

Data da Internação: 28/05/2020

Data da Alta: 01/06/2020

Registro: 2161075

Tempo de Permanência: -18411

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE RADIO DISTAL

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: NÃO

Infecção FO: NÃO

Coleta de Material: NÃO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

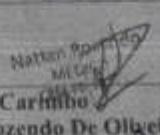
Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATORIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR CARGA COM O MEMBRO CIRURGIADO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MÉDICO, ENCAMINHADA A FISIOTERAPIA

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO E ANALGÉSICO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 01/06/2020


Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



Santos Rozendo
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/06/2020

Horas: 09:32:42

Médico(a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2161075 Paciente: ANA KELE DE SOUSA ALVES Idade: 033 Sexo: F

Nome da Mãe: MARIA CONCITA DE SOUSA Data de Nascimento: 15/10/1986 Admissão: 28/05/2020 DIH - 4

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: BARTON VOLAR E

DIA 01/06/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCO , 24h/24h (ADM AS 6h)	06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, FAZER SE NECESSARIO 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA: 01/06/2020 HORA: 09:31:00

3DIH 1 DPO

PACIENTE SUBMETIDA A OSTEOSINTESE DE FRATURA DE RADIO DISTAL

CD: ALTA HOSPITALAR VIDE RESUMO DE ALTA

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 10753



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ANA KELE DE SOUSA ALVES

Data da Internação: 28/05/2020

Data da Alta: 01/06/2020

Registro: 2161075

Tempo de Permanência: -18411

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE RADIO DISTAL

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: NÃO

Infecção F.O: NÃO

Coleta de Material: NÃO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM INTERCORRENCIA

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR CARGA COM O MEMBRO CIRURGIADO

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO E ANALGÉSICO

Condições de Alta: Melhorado

Nattan Rozendo
Médico
CRM 15.312/52

Data: 01/06/2020

Assinatura/Carimbo

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL : Nattan Santos Rozendo De Oliveira



PARAIBA
Governo do Estado

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2161056

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 28/05/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: ANA KELE DE SOUSA ALVES

CEP:58400002

Nascimento:15/10/1986

Endereço:R JOSE ALIPIO DO NASCIMENTO

Sexo:F

Telefone:

Cidade: Campina Grande

Idade:033

Bairro:SAO JOSE DA MATA

Nome da Mãe: MARIA CONCITA DE SOUSA

RG:

Nº:114

Responsável: MARIA CONCINTA

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS:88874

Atend:28/05/2020

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO

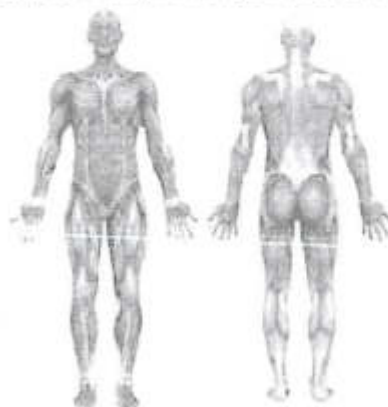
Hora: 17:12:50

CONVÊNIO:SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injurgitamento Venoso |
| 5. Creptação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalhamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encravado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corto-contuso | 34. Rinorragia |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

BARTON VORPE (E)

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS FÍSICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Gasometria arterial

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

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

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

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

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

Hallisson Barros de Almeida

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM - PB 9562

Dr. André Ribeiro Araújo Moura
CRM - PB 5793

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X
REALIZADO EM:
28/05/20

[illegible]



PARAIBA
Governo do Estado

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/05/2020

Paciente: ANA KELE DE SOUSA ALVES Idade: 033 N° ATEND: 2161056

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 28/05/2020 HORA : 17:13:17

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SIANIS DE EMBRIAGUEZ : NÃO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

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

ALERGIAS : NÃO

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL : BOM

AValiação Neurológica

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Miquelly Vanessa P. Marcelino
COREN-PB 569048-ENF



Semear todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/05/2020

Horas: 00:12:55

Médico(a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

5.1

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2161075 Paciente: ANA KELE DE SOUSA ALVES Idade: 033 Sexo: F

Nome da Mãe: MARIA CONCITA DE SOUSA Data de Nascimento: 15/10/1986 Admissão: 28/05/2020 DIH - 3

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: BARTON VOLAR E

DIA 31/05/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	10
3	IPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 06 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, FAZER SE NECESSARIO 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	CT
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

EVOLUÇÃO

DATA: 31/05/2020 HORA: 00:12:27

1 DIH

PACIENTE COM FRATURA DE RADIO DISTAL INTRA-ARTICULAR, SEM INTERCORRENCIA
CD: CIRURGIA PROGRAMADA PARA HOJE

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
MÉDICO
CRM-PB 107

31.05.2020

paciente em pós-operatório, estável, sem queixas e aos cuidados da enfermagem.

Kada Bastos da Cunha
COREN-PB 34.102-TE



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 31/05/2020
Horas da Impressão: 10:08:13
Médico (a) Diarista : Agnaldo Lima Pereira Junior

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2161075 Paciente: **ANA KELE DE SOUSA ALVES** Idade: 033
Nome da Mãe: MARIA CONCITA DE SOUSA Data de Nascimento: 15/10/1986 Sexo: F
Clínica: ALA AMARELA Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: BARTON VOLAR E

DIA 31/05/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO , 24h/24h (ADM AS 6h)	06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06 15 18 24 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18 06 15 18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, FAZER SE NECESSARIO 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 24
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	7-18
7	CURATIVOS 24h/24h (ADM AS 6h)	

Arumge e Transcorrida
y sucesso, sem intercorrências
ca = 14 controle

Dr. Agnaldo Lima R. Júnior
Ortopedista/Traumatologista
CRM-PA 2110 - TEOT-15263



Número do Prontuário: 192613

DATA DA CIRURGIA: 31/05/2020

Número do Atendimento: 2161075 Clín: ALA AMARELA / Enf: 5 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ANA KELE DE SOUSA ALVES

Data da Internação: 28/05/2020

Atendimento: 2161075

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE RADIO DISTAL E

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 31/05/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1: TAMMER

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: JOSE

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH

2- ASSEPSIA + AS + CAMPOS ESTÉREIS

3- ACESSO DE HENRY

4- DISSECÇÃO POR PLANOS

5- NEURÓLISE DO N. MEDIANO

7- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA

8- FIXAÇÃO COM PLACA T 4X4 FUROS + PARAFUSOS SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA

9- SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Data 31/05/2020

Assinatura/Carimbo

Agnaldo Lima Pereira Junior

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 9116 - TEOT-15263



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: ANA KELE DE SOUSA ALVES

Identidade:

Idade: 033

ENDEREÇO: R JOSE ALÍPIO DO NASCIMENTO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: SÃO JOSÉ DA MATA

Nº 2161075

DADOS CLÍNICOS: pósop ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA),

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 9116 - TEOT-15263

Campina Grande - PB 31/05/2020 Hora:
10:12:30

Médico: Agnaldo Lima Pereira Junior



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE REQUISIÇÃO DE EXAMES

NÚMERO DO CADASTRO | 2 | 3 | 6 | 2 | 8 | 5 | 6 | 1 - CPF | 2 | | 0 | 8 | 7 | 7 | 8 | 2 | 6 | 8 | 0 | 0 | 3 | 8 | 5 | 2 |
2 - CNPJ

NOME DA UNIDADE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

BAIRRO: MALVINAS CEP: 58432-809 MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE UF: PB(25)

PACIENTE: ANA KELE DE SOUSA ALVES

Identidade:

Idade: 033

ENDEREÇO: R JOSE ALÍPIO DO NASCIMENTO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: SÃO JOSÉ DA MATA

Nº 2161075

DADOS CLÍNICOS: pósop ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

EXAMES SOLICITADOS: RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLÍQUA),

RAIO X
REALIZADO EM:
31.05.2020

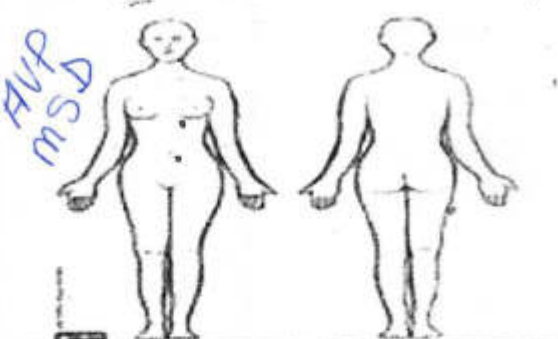
Dr. Agnaldo Lima P. Júnior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 9116 - TEOT-15263

Campina Grande - PB 31/05/2020 Hora:
10:12:30

Médico: Agnaldo Lima Pereira Junior

LEGENDA PARA SINALIZAÇÃO DE ACESSOS/DRENOS/LOCALIZAÇÃO DA CIRURGIA	
AVP - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	DT - DRENO TORÁCICO
AVC - ACESSO VENOSO CENTRAL	DP - DRENO PENROSE
IC - INCISÃO CIRÚRGICA	
C - COLOSTOMIA	
N - NEFROSTOMIA	
PB - LOCALIZAÇÃO DA PLACA DE BISTURI	
PAI - PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA	
DVE - DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA	
DB - DRENO DE BLAKE	

AVP
MSD



RESPONSÁVEIS DE SALA/REGISTRO NO CONSELHO:	PACIENTE ENCAMINHADO: () SRPA () UTI () ENFERMARIA () OUTRO:
EQUIPE DE TRANSPORTE:	

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO- SRPA							HORA DE ADMISSÃO:			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO () SONOLENTO () ACORDA QUANDO CHAMA () DORMINDO									
ESCALA DE DOR (CIRCULE O NÚMERO)	0 1 2			3 4 5 6			7 8 9 10			
	LEVE			MODERADA			INTENSA			
TROCADO CURATIVO	() SIM /VEZES (X) NÃO			MOTIVO:						
DESPREZADO	() SIM /VEZES () NÃO			VOLUME TOTAL:						
DRENAGEM DE Sonda E/OU DRENO	() SIM /VEZES () NÃO			ASPECTO/COR:						
DESPREZADO DIURESE	() SIM /VEZES () NÃO			VOLUME TOTAL: ASPECTO/COR:						
SINAIS VITAIS										
HORA/SSVV	FC	P.A.	TEMPERATURA	FR	SpO2	HGT				
10:05	81 bpm	138/74	—	—	97.1	—				
10:30	76 bpm	129/72	—	—	97.1	—				
11:00	79 bpm	130/61	—	—	98.1	—				

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK						
HORA	CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	SATURACÃO	CIRCULAÇÃO	ATIVIDADE	I.A.K. / TOTAL
ENTRADA: 10:05	Consciente	—	—	—	—	—
SAÍDA:	—	—	—	—	—	—

INTERCORRÊNCIAS NA SRPA						
() NÁUSEAS	() VÔMITOS	() SANGRAMENTOS	() DOR	() ALTERAÇÃO P.A.	() ALTERAÇÃO F.C.	() TREMORES
() EDEMAS	() BEXIGOMA	() DESSATURACÃO	() HIPERTERMIA	() ANAFILAXIA	() PCR REVERTIDA	() ÓBITO

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA						

TRANSFERIDO PARA: () ENFERMARIA /LEITO: () UTI/LEITO:	ALTA DO SRPA: () SIM () NÃO	ALTA HOSPITALAR: () SIM () NÃO
OUTRO:		
PRESCRIÇÃO MÉDICA:	() SIM () NÃO	
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:	() SIM () NÃO	
REQUISIÇÃO EXAMES:	() SIM () NÃO	
REQUISIÇÃO ANATOMO-PATOLÓGICO:	() SIM () NÃO	
REQUISIÇÃO CULTURA:	() SIM () NÃO	
RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO:	DATA/HORA:	

AVALIAÇÃO DE ANESTESIA: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA	
Destino = Amarela	
Anestesiologista: [Signature]	
12/11/2017	
Dra. Maria do Socorro A. de Oliveira	
CRM 11100	
CPF 675 282 284 004	
RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO:	ALTA DA SRPA DATA/HORA:



FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

PACIENTE: ANA KELE DE SOUSA ALVES	IDADE: 33
DATA DE CHEGADA NO CC: 31/05/2020	HORA: 08:25
CIRURGIA PROGRAMADA: Barton Velez	CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: Dr. Tomaz

ACOLHIMENTO

ESTADO GERAL:	() GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR (<input checked="" type="checkbox"/>) BOM
PREPARO:	(<input checked="" type="checkbox"/>) JEJUM TEMPO DE JEJUM: 12h () RETIRADA DE PRÓTESES () RETIRADA DE ADORNOS
ACESSO VENOSO:	(<input checked="" type="checkbox"/>) SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) AVP () JVC LOCAL: MSD
VENTILAÇÃO:	(<input checked="" type="checkbox"/>) AR AMBIENTE () M.V. () INTUBADO () TQT
ANTECEDENTES:	() HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA RENAL () AVC () MARCAPASSO () CONVULSÃO () TABAGISTA () ISOLAMENTO DE: _____ DEVIDO À: _____
MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO:	() SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO NOMES: _____
RESERVAS SANGÜÍNEAS:	() SIM () NÃO () CONC. HEMÁCIAS () PLASMA () PLAQUETAS () CRIOPRECIPITADO
CIRURGIAS ANTERIORES:	QUANDO: _____
EXAMES	() RISCO CIRÚRGICO (<input checked="" type="checkbox"/>) EX. LAB. RAIO-X () USG _____ () TOMOGRAFIA _____
PRE-OPERATÓRIOS:	TERMO DE CONSENTIMENTO: () PARA CIRURGIA () NSA () OUTROS: _____
NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE:	() SIM () NÃO LOCAL: _____
PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA	
O PACIENTE CONFIRMA: (<input checked="" type="checkbox"/>) IDENTIDADE (<input checked="" type="checkbox"/>) LOCAL DO PROCEDIMENTO	ALERGIAS CONHECIDAS: (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () SIM, DEVIDO A _____
(<input checked="" type="checkbox"/>) PROCEDIMENTO A SER REALIZADO	RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () SIM
(<input checked="" type="checkbox"/>) CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA	MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) SIM
(<input checked="" type="checkbox"/>) EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO	
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): () SIM () NÃO	(<input checked="" type="checkbox"/>) MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO
OBSERVAÇÕES:	ACOLHIDO POR: Kate

TRANSOPERATÓRIO

SALA:

POSICIONAMENTO:	(<input checked="" type="checkbox"/>) DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO VENTRAL () DECÚBITO LATERAL () LITOTÔMICA () GENUPEITORAL () OUTRAS: _____		
PLACA DE BISTURI:	() SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO LOCAL: _____		
EQUIPAMENTOS:	() BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL (<input checked="" type="checkbox"/>) ARCO CIRÚRGICO () LASER () OUTROS: _____		
USO DE COXINS:	() SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO LOCAL: _____		
SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA			
(<input checked="" type="checkbox"/>) TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM	(<input checked="" type="checkbox"/>) NOME DO PACIENTE () LOCAL DO PROCEDIMENTO		
(<input checked="" type="checkbox"/>) PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: _____	(<input checked="" type="checkbox"/>) CIRURGIA PROGRAMADA		
(<input checked="" type="checkbox"/>) PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA	(<input checked="" type="checkbox"/>) PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM _____		
	(<input checked="" type="checkbox"/>) EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O		
MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA			
HORA: 09:00 Fentil	HORA: _____		
HORA: 09:06 Midazolam	HORA: _____		
HORA: 09:00 Diprivan	HORA: _____		
HORA: 09:00 Cipofloxacina	HORA: _____		
HORÁRIO	PA	F.C	SPO2
ADMISSÃO NA S.O.: 09:00	106x58	97bpm	99%
9:50	121x64	93bpm	99%
FIM DA CIRURGIA: 10:00			

PROCEDIMENTOS

REALIZADO POR:

DRENOS E CANULAS


() TQT n.º _____ () SNG n.º _____ () SNE n.º _____	() PENROSE LATEX () PENROSE SILICONE
() ACESSO CENTRAL TIPO: _____ LOCAL: _____	() WATERMAN () BLAKE
(<input checked="" type="checkbox"/>) AVP: MSD CATETER N.º _____	() GUEDEL () SUCÇÃO
() PAM CATETER N.º _____ LOCAL: _____	() DRENO TORÁCICO () DRENO DE MEDIASTINO
() SVD n.º _____ BALÃO COM _____ ml ABD () SVA	() IRRIGAÇÃO VESICAL

TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

(<input checked="" type="checkbox"/>) NOME DO PROCEDIMENTO Trat. cirúrgico de Fratura Rádio Distal	(<input checked="" type="checkbox"/>) CONTAGEM DE COMPRESSAS Não
(<input checked="" type="checkbox"/>) ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE.	() MATERIAIS PARA EXAMES (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () SIM
QUAL: _____	
PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS: (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () SIM	
QUAL: _____	

OBSERVAÇÕES DE SALA:
INTEGRADORES DOS
MATERIAIS

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Ana Keli de Sousa Alves. DN: 15/10/1986						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
	Sala 03	SUS	33.	2161075			
CIRURGIA: Trat. Cirúrgico de Fratura de Rádio Distal.				CIRURGIÃO: Dr. Aguiar Maldonado			
ANESTESIA: Bloqueio				ANESTESIA: Dr. Eudismon			
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM			
		31/05/20	09:00	10:00			

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	15		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix	
81	Fentanil ml			Cera p/ osso	
	Inova ml - midazolam			Ethibond	
	Ketalar ml			Ethibond	
	Mercaína % ml	01		Ethibond	
	Nubain amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	05		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m			Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	05		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		01	Mononylon 2.0	
	Thionembatal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
02		02		Prolene Sertix	
02	Água Destilada amp.			Prolene Sertix	
02	Decadron amp.			Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	02		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	04		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.			Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.				
	Glicose amp.	3 l/m			
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml.				
	Heparema ml.				
	Kanakion amp.	05			
	Lasix amp.	05			
	Medrothinazol.	03			
	Plasil amp.	04			
	Prolamina	03			
01	Revivan amp. Naloxona				
	Stuption amp.				
	Cefalotina 1g				
02	Cyproplina				
01	Xilo e Vaso				

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Qtd.	SOROS
	Agulha desc. 25 x 7			SG Normotérmico fr 500 ml
	Agulha desc. 28 x 28			SG Gelado fr 500 ml
	Agulha desc. 3 x 4,5			SG Hipertérmico fr 500 ml
	Agulha p/ raque nº			SG Ringr fr 500 ml
05	Álcool de Enfermagem			SG fr 500 ml
03	Álcool Iodado ml			
	Ataduras de Crepon 30 cm			
	Ataduras de Gessada			
	Azul metileno amp.			
	Benzina ml			

Qtd.	ORTOSE E PRÓTESE
03	SF Plimpeza
01	Placa NT
04	parafusos corticais
	Emprego Ma2.

EQUIPAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input checked="" type="checkbox"/> Oxícapiógrafo
<input type="checkbox"/> Foco Frontal	<input type="checkbox"/> Cardiomonitor
<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Vanilda Ferreira Araújo
Téc. de Enfermagem
COREN - 227754



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/05/2020

Horas: 08:00:26

Médico(a) / Diarista: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 2161075 Paciente: ANA KELE DE SOUSA ALVES Idade: 033 Sexo: F

Nome da Mãe: MARIA CONCITA DE SOUSA Data de Nascimento: 15/10/1986 Admissão: 28/05/2020 DIH - 2

Clínica: ALA AMARELA Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: BARTON VOLAR E

DIA 30/05/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Apazamento
1	DIETA LIVRE, DIETA ZERO A PARTIR DE 00:00 <i>ct</i>	<i>OK OK</i>
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	<i>10</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	<i>12 18 24</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP. FAZER SE NECESSARIO 12h/12h	<i>12 18 24</i>
5	Reconstituir 2ML ABD,	<i>24</i>
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS <i>ct</i>	

EVOLUÇÃO

DATA: 30/05/2020 HORA: 07:59:23

1 DIH

PACIENTE COM FRATURA DE RADIO DISTAL INTRA-ARTICULAR, SEM INTERCORRENCIA
CD: CIRURGIA PROGRAMADA PARA AMANHÃ

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo
30/05/2020

~~Zero dieta a partir da meia noite de Hoje~~

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ANA KELE DE SOUSA Idade 33 Sexo F Enf/Leito 5/1

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivos: Alergias () Qual? Doenças: () HAS () DM
() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____ DIAGNÓSTICO MÉDICO: FX. BARTON VOLAR (E)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO () CONFUSO () LETÁRGICO () COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: () PRESERVADA () PLEGIA () PARESIA () PARESTESIA. LOCAL: _____

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: ☒ ESPONTÂNEA () CATETER NASAL () VENTURI () TRAQUEOSTOMIA () VMI () OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: () VISÃO () AUDIÇÃO () TATO () OLFATO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: ☒ TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ☒ REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: ☒ NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

ALIMENTAÇÃO: ☒ VO () SNG () SNE () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: () NORMAL () ALTERADO () OUTROS: _____

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: ☒ ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA () OUTROS: _____

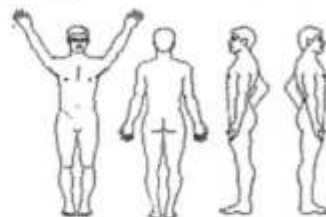
INTEGRIIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

PELE: ☒ ÍNTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO ESTÁGIO (BRADEN): _____ Local: _____

localização anatômica da ferida; Curativo em: ____/____/____.



CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ☒ INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS

SONO / REPOUSO: ☒ PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

SUporte emocional/COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
12:00	100/60		80							<i>[Assinatura]</i>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

GOVERNO DO PARANÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE ENFERMAGEM

8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFICIT NO AUTO-CUIDADO PARA BANHO	() PREJUÍZO NEUROMUSCULAR () DOR () OUTRO	() INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO () INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	() AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) () OUTROS	() ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGÜÍNEA () RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	() ANESTESIA () DESIDRATAÇÃO () TRAUMA () OUTRO	() AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS () TAQUICARDIA () TAQUIPNEIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() ANSIEDADE () DESCONFORTO () RIGIDEZ ARTICULAR () PREJUÍZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	() DIFICULDADE PARA VIRAR-SE () MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	() AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS () PROCEDIMENTOS INVASIVOS () OUTRO	
OUTRO		

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
() MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95% () OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA	<i>Sempre</i>	() MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR () PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
() ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO () REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		() AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
() EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR () AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR () AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS () ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO	<i>cont</i>	() CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
() APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS () INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		() MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
() ORIENTAR E ESTIMULAR A MOVIMENTAÇÃO NO LEITO () AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		() MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
(X) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS (X) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS	<i>Sempre</i>	() DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
OUTRO		

9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? () SIM () NÃO

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? () SIM () NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? () SIM () NÃO

TERAPIA INTRAVENOSA? () SIM () NÃO ESTADO MENTAL? () AGITADO () DISTÚRBO NEUROLÓGICO

POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? () SIM () NÃO

ASSINATURA E CARIMBO:

Cleanta Paulo Neto
COREN-PB 000.439.489 - ENF



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 29/05/2020

Horas da Impressão: 14:07:53

Médico (a) Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2161075 **Paciente:** ANA KELE DE SOUSA ALVES Idade: 033

Nome da Mãe: MARIA CONCITA DE SOUSA Data de Nascimento: 15/10/1986 Sexo: F

Clinica: ALA AMARELA Enfermaria: 5 Leito: 1 Diagnóstico: BARTON VOLAR E

DIA 29/05/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCO , 12h/12h	12h 24h
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	6h 24h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, FAZER SE NECESSARIO 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.369

P. H.
30/05/2020

Ch: $\text{SA} + \text{O}_2 = 98$

P: 65

Sr(a): ANA KELE DE SOUSA ALVES Protocolo: 0000529355 RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA Data: 29-05-2020 06:58 Origem: AREA VERDE
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES Idade: 33 anos Destino: AREA VERDE

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 29/05/2020 06:57]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.26 milhões/mm ³	3,9 à 5,9 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,2 g/dL	12,0 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	36,0 %	35,6 à 48,6 %
V.C.M.....	85 fL	80,0 à 100,0 fL
H.C.M.....	29 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	5.300 /mm ³	5.000 à 10.000 /mm ³
	(%)	(/mm ³)
Neutrófilos.....	0	0
Promielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	212
Segmentados.....	58,0	3.074
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	36,0	1.908
Típicos.....	0	0
Atípicos ou Reativos.....	2,0	106
Monócitos.....	2,0	106
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	154.000 mm ³	140.000 à 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CRM 5489

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 07C5-31B8-1F8E-0DE9-A46D-176D-828B-54CF



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/05/2020

Horas: 17:55:00

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2161075 Paciente: **ANA KELE DE SOUSA ALVES** Idade: 033 Sexo: F

Nome da Mãe: MARIA CONCITA DE SOUSA Data de Nascimento: 15/10/1986 Admissão: 28/05/2020 DIH - 0

Clínica: ALA AMARELA Enfermaria: 3 Leito: 3 Diagnóstico: BARTON VOLAR E

DIA 28/05/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCO, 12h/12h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, FAZER SE NECESSARIO 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

TA: 28/05/2020 HORA: 17:53:11

ORTOPEDIA

ADMISSÃO

PACIENTE ADMITIDA COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 1 H, NEGA OUTRAS QUEIXAS.

NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES.

NV : OK

CD:

VPM

INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO ELETIVO ORTOPEDICO

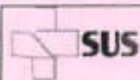
SOLICITO EXAMES PRE OP

TALA AXILO PALMAR MSE

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PE 0001

Data da internação: 28/05/2020 Hora: 17:50:29



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANA KELE DE SOUSA ALVES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2161075

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/10/1986

9 - SEXO

Masc ☐Fem ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA CONCITA DE SOUSA

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DE TELEFONE

83

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R JOSE ALÍPIO DO NASCIMENTO, 114, SÃO JOSE DA MATA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO

MUNICÍPIO 250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 1 H

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSITA CIRURGIA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX + EXAME FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

BARTON VOLAR E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

UR

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

706500355121696

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

HALLISSON BARROS DE ALMEI

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/05/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

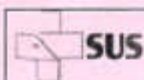
() CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Data da internação: 28/05/2020 Hora: 17:50:29



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANA KELE DE SOUSA ALVES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

2161075

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/10/1986

9 - SEXO

Masc ☐Fem ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA CONCITA DE SOUSA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 83

Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R JOSE ALÍPIO DO NASCIMENTO, 114, SÃO JOSE DA MATA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 1 H

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSITA CIRURGIA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX + EXAME FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

BARTON VOLAR E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

01

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

706500355121696

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

HALLISSON BARROS DE ALMEI

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/05/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.296.184

DATA DE
EXPEDIÇÃO

19/11/2014

NOME

ANNA KELI DE SOUSA ALVES

FILIAÇÃO

FRANCISCO BORGES DE ABREU

MARIA CONCITA DE SOUSA

NATURALIDADE

RIO DE JANEIRO-RJ

DATA DE NASCIMENTO

15/10/1986

DOC ORIGEM

CASAM N.34737 FLS.43V LIV.B-84

CPF CARTORIO CAMPINA GRANDE PB

062.171.484-47

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

LABORATÓRIO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917



Anna Keli de Sousa Alves

ASSISTENTE SOCIAL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOE5493**2020**

Imprimir Consulta

MOE5493	Último Licenciamento: 2020
	Proprietário: *****
	Placa: MOE5493
	Combustível: GASOLINA
PASSA / MOTOCICLET	Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
GASOLINA	Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
HONDA/CG 150 TITAN KS	Ano de Fabricação: 2008
2008 2008	Ano Modelo: 2008
PARTICULAR CINZA	Categoria: PARTICULAR
29/05/2020	Cor Predominante: CINZA
	Vencimento Licenciamento: 29/05/2020
	Observação:
	Restrição:
	Financeira:
	Município: CAMPINA GRANDE
	Situação: EM CIRCULACAO
	Data da Consulta: 02/09/2020
CAMPINA GRANDE	02/09/2020

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247361/20

Vítima: ANNA KELI DE SOUSA ALVES

CPF: 062.171.484-47

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 28/05/2020

Titular do CPF: ANNA KELI DE SOUSA ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANNA KELI DE SOUSA ALVES : 062.171.484-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/09/2020
Nome: ANNA KELI DE SOUSA ALVES
CPF: 062.171.484-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ANNA KELI DE SOUSA ALVES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200314801

Vítima: ANNA KELI DE SOUSA ALVES

Data do Acidente: 28/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANNA KELI DE SOUSA ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200314801 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA KELI DE SOUSA ALVES **Data do acidente:** 28/05/2020 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P10,11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0247361-20 3 - CPF da vítima: 062171484-47 4 - Nome completo da vítima: ANNA KELI DE SOUSA ALVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ANNA KELI DE SOUSA ALVES 6 - CPF: 062171484-47
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: SÍTIO SEARA JOAQUIM VIEIRA 9 - Número: SIN 10 - Complemento:
11 - Bairro: SÃO JOSÉ DA MATA 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PD 14 - CEP: 58442000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83-33749-5386

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 013 CONTA: 00427031 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 033814.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 033814.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 15:22 min do dia 15/06/2020, na Delegacia Online, **Anna keli de Sousa Alves**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Recepcionista, natural de Rio de Janeiro, nascido(a) em 15/10/1986, idade 33, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de Maria concia de Sousa e Francisco Borges de Abreu, CPF 062.171.484-47, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Serra Joaquim Vieira, nº 1415, complemento Casa, bairro São José da Mata, na cidade de Campina Grande/PB. CEP: 58441000, telefone(s) 83987495386, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 28/05/2020 16:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: Rua José Alípio, São José da Mata, Campina Grande/PB.

Material(is) Envolvido(s)

Placa de Veículo: MOE5493.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Foi um acidente de moto, onde eu perdi o controle, o primeiro Socorro foi da Samu ID N 2005280153.

Fui levada para o hospital de emergência e trauma, onde foi feita um raio x. Onde foi diagnóstico inicial: Fratura de rádio distal.

Foi feita uma cirurgia osteossíntese, cirurgião Agnaldo Lima Pereira Junior.

Sendo o que havia a constar, científico o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Anna Keli de Sousa Alves
Anna keli de Sousa Alves

A380D8743F7AFDC1EB14B3255C3CESBA

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel: (83) 3612-8612 (8h-18h). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 033814.01.2020.0.00.704

1/1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0247361-20 3 - CPF da vítima: 062 171 484-47 4 - Nome completo da vítima: ANNA KELI DE SOUSA ALVES

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ANNA KELI DE SOUSA ALVES 6 - CPF: 062 171 484-47
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: SÍTIO SEARA JOAQUIM VIEIRA 9 - Número: SIN 10 - Complemento:
11 - Bairro: SÃO JOSÉ DA MATA 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58441-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83-98749-5386

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0041 013 CONTA: 00417031 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vol nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 02.09.20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	26/5/2020	HORA:	16:19 HRS	ID Nº:	2005280153
NOME:	ANNA KELI DE SOUSA ALVES				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA JOSE ALPIO - SÃO JOSE DA MATA				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 10 de junho de 2020.

Flávia Maf 19313

Desceito F. Restoramento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANNA KELI DE SOUSA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 013000417031-3

Nr. da Autenticação D9E9DDA285C5FC3E