

ANNA KIEL DE SOUSA, ALIREU
SIT SERRA JOAQUIM VIE RA 3/N, AREA RURAL
S JOSE DA MATA CAMPE NA : RAINDE / PB CEP 58441000 (AG 401)

CPF/CNPJ/RANI 082.177-484-47

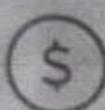
Grupo CONVENCIONAL/ALTA TENSÃO / Subgrupo B2
Classe RUR/MT/ B2 / Subclasse RURAL/RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Roteiro: 1- 405- 508- 4191 - 1º Medidor: 00008054289



UNIDADE CONSUMO

4/107169-5

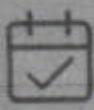
CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 000



VALOR DA FATURA
R\$ 13,20



VENCIMENTO
10/06/2020



REFERÊNCIA

Jun / 2020



CONSUMO

0kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Ma/20

Abr/20

Mar/20

Fev/20

DESCRITIVO

CGI	Descrição	Quant	Tarifa/c/ Tributos	Valor Base	ICMS	ICMS Alig	ICMS Base Cada
				Tela/ (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS Alig (R\$)
0501	Valor de Descrição			13,00	0,00	0	13,00
0512	Subtotal			2,85	0,00	0	2,85
0905	LEIA, ASSINE E DESENHE			0	0,00	0	0,00
0906	Descrição 1, Alíquota			2,85	0,00	0	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): Anna Kali de Souza Alves

POR PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N° _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N°: 552 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 28 / 03 /2020 A 21 / 06 /2020 NECESSITANDO DE
60 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 01 / 06 /2020

Ass. do médico - N° do CRM

*Nelson Fernandes
CRM-PB 10002*

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado 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 RÁDIO DISTAL

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSÍTESE **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 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



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: I 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, IFRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, FAZER SE NECESSARIO 12h/12h	
5	Reconstituir 2ML ABD,	
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

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

3DIH 1 DPO

PACIENTE SUBMETIDA A OSTEOSINTESE DE FRATURA DE RÁDIO 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 RÁDIO 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

Data: 01/06/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira


Nattan Santos
Rozendo De Oliveira
CP 100-000-000-000

RESPONSÁVEL: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



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 CEP:58400002 Nascimento:15/10/1986

ALVES Sexo:F Telefone:

Endereço: R JOSE ALIPIO DO NASCIMENTO Idade:033 Bairro:SAO JOSE DA MATA

Cidade: Campina Grande RG: Nº:114

Nome da Mãe: MARIA CONCITA DE SOUSA CPF: Profissão:

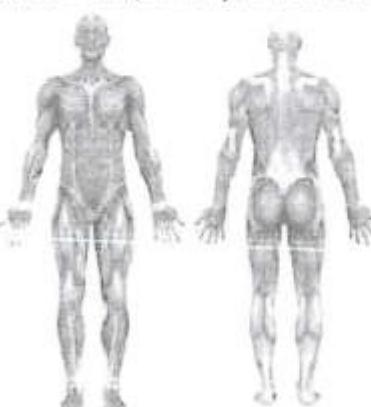
Responsável: MARIA CONCINTA Data de Aferid:28/05/2020 CNS:88874

Estado Civil: CONVÊNIO:SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO Hora: 17:12:50

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

OBS:

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

DIGNOSTICO / CID:

BARTON VORPE E

EXAME PRIMÁRIO - DADOS FÍNICOS

ortopédic

Dor no pulso e ombro
Medi di Moco
em pulso edemaíscy

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocôricas () Anisocôricas ()

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	Vde Internacj	
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X
REALIZADO EM:
28/05/2020

Hallisson Barroso de Almeida
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 9562 Dr. Kátia Bento
Traumatologista Membro da
CRM-PB 5793

EXAME SECUNDÁRIO / PARCER MEDICO

28/05/2020

HTCG-Prime Adminstration

<p style="text-align: right;">EXAME SECUNDÁRIO / PARCEIRO MÉDICO</p> <p style="text-align: right;">Nome da Samu</p>			
<p style="text-align: center;">SERVIÇOS REALIZADOS:</p>			
<p style="text-align: center;">CODIGO/PROCEDIMENTO</p>		CBG	DADAE
<p style="text-align: center;">DESTINO DO PACIENTE / / /</p>		as	hs.
<p style="text-align: center;">(Centro cirúrgico) _____ (Atra hospitalar / (A revélia _____ (Internação (setor) _____ (Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ (Joppo _____ (Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</p>			
<p style="text-align: center;">(Atra hospitalar / (A revélia _____ (Internação (setor) _____ (Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ (Joppo _____ (Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</p>			



5.1

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 - 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, 1 FRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	✓
3	IPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1 AMPOLA, 6h/6h	✓ & 06/06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1 FRA-AMP, FAZER SE NECESSARIO 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	✓
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	✓

EVOLUÇÃO

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

1 DIH

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

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Santos 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 04.102-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

Clinica: 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. IFRASCO , 24h/24h (ADM AS 6h)	06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP. 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	15 18 29 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, FAZER SE NECESSARIO 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	18 24
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	CURATIVOS 24h/24h (ADM AS 6h)	7-18

Arranjo e Traços corrigidos
4 aceso, sem intercorrências
Col. M. Controll

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior
Ortopedista/Traumatologista
Ortopedia do Joelho
CRM-PB 0110 - TEOF-15263



Número do Prontuário: 192613

DATA DA CIRURGIA: 31/05/2020

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

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ANA KELE DE SOUSA ALVES

Data da Internação: 28/05/2020

Atendimento: 2161075

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE RÁDIO DISTAL E

Diagnóstico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTSESE 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 ESCÓPIA
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



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

ENDEREÇO: R JOSE ALIPIO DO NASCIMENTO

BAIRRO: SAO JOSE DA MATA

Identidade:

Idade: 033

PRONTUÁRIO:

Nº 2161075

DADOS CLÍNICOS: pósop ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

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

Dr. Agnaldo Lima
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 9116 - TECOT-15263

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

Médico: Agnaldo Lima Pereira Junior



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

ENDEREÇO: R JOSE ALIPIO DO NASCIMENTO

BAIRRO: SAO JOSE DA MATA

Identidade:

Idade: 033

PRONTUÁRIO:

Nº 2161075

DADOS CLÍNICOS: pósop ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

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

Dr. Agnaldo Lima P. Junior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 9116 - TECOT-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

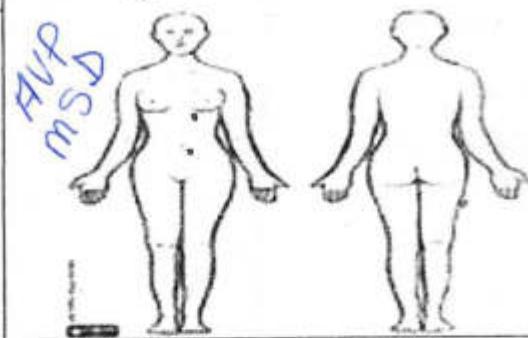
N - NEFROSTOMIA

PB - LOCALIZAÇÃO DA PLACA DE BISTURI

PAI - PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA

DVE - DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA

DB - DRENO DE BLAKE



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	X ACORDADO () SONOLENTO () ACORDA QUANDO CHAMA () DORMINDO						7	8	9	10
	0	1	2	3	4	5				
ESCALA DE DOR (CIRCULE O NÚMERO)	LEVE			MODERADA						INTENSA
TROCADO CURATIVO	() SIM	/VEZES	() NÃO	MOTIVO:						
DESPREZADO DRENAGEM DE SONDA E/OU DRENO	() SIM	/VEZES	() NÃO	VOLUME TOTAL:						
DESPREZADO DIURESE	() SIM	/VEZES	() NÃO	ASPECTO/COR:						
				VOLUME TOTAL:						ASPECTO/COR:
				SINAIS VITais						
HORA/SSVV	FC	P.A.	TEMPERATURA	FR	SpO2	HGT				
10:05	81 bpm	138/74	-	-	97%	UOL				
10:30	76 bpm	129/70	-	-	97%	UOL				
11:00	79 bpm	130/61	-	-	98%	UOL				

ÍNDICE DE ALDRETE-KROLIK

HORA	CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	SATURAÇÃO	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	() DESSATURAÇÃO	() 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

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA: () SIM () NÃO

REQUISIÇÃO EXAMES: () SIM () NÃO

REQUISIÇÃO ANÁTOMO-PATOLÓGICO: () SIM () NÃO

REQUISIÇÃO CULTURA: () SIM () NÃO

RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO:

DATA/HORA:

AValiação de ANESTESIA: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA

Destino = dmarela
 dmarela hoy @ 12/12/2011
 Dr. Mario do Nascimento de Oliveira
 CRM 010000
 CPF 675 782 284-04

RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO:

ALTA DA SRPA

DATA/HORA:



FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

PACIENTE: ANDRÉ KELLY DE SOUSA ALVES	HORA: 08:25	IDADE: 33
DATA DE CHEGADA NO CC: 31/05/2020	CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: Dr. Tomaz	
CIRURGIA PROGRAMADA: Bentão Vilela		

ACOLHIMENTO

ESTADO GERAL:	() GRAVE () COMPROMETIDO () REGULAR () BOM
PREPARO:	() JEJUM TEMPO DE JEJUM: 12h () RETIRADA DE PRÓTESES () RETIRADA DE ADORNOS
ACESSO VENOSO:	() SIM () NÃO () AVP () AVC LOCAL: MSD
VENTILAÇÃO:	() AR AMBIENTE () M.V. () INTUBADO () TQT
ANTECEDENTES:	() HIPERTENSÃO () DIABETES () DOENÇA RENAL () AVC () MARCAPASSO () CONVULSÃO () TABAGISTA () ISOLAMENTO DE:

DEVIDO À:

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: () SIM () NÃO	NOMES:
RESERVAS SANGUÍNEAS: () SIM () NÃO	() CONC. HEMÁCIAS () PLASMA () PLAQUETAS () CRIOPRECIPITADO

CIRURGIAS ANTERIORES:		QUANDO:
-----------------------	--	---------

EXAMES	() RISCO CIRÚRGICO () EX. LAB. () RAIOS-X () USG () TOMOGRAFIA
PRE-OPERATÓRIOS:	TERMO DE CONSENTIMENTO: () PARA CIRURGIA () NSA () OUTROS:

NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE:	() SIM () NÃO LOCAL:
--	------------------------

PRIMEIRA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

O PACIENTE CONFIRMA: () IDENTIDADE () LOCAL DO PROCEDIMENTO () PROCEDIMENTO A SER REALIZADO	ALERGIAS CONHECIDAS: () NÃO () SIM, DEVIDO A:
() CHECAGEM DE MATERIAL DE ANESTESIA	RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: () NÃO () SIM
() EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO	MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O: () NÃO () SIM
RISCO DE PERDA SANGUÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): () SIM () NÃO	() MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO

OBSERVAÇÕES:	ACOLHIDO POR: Katz
--------------	---------------------------

TRANSOPERATÓRIO

SALA:

POSICIONAMENTO: () DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO VENTRAL () DECÚBITO LATERAL () LITOTÔMICA () GENUPEITORAL () OUTRAS:
PLACA DE BISTURI: () SIM () NÃO LOCAL:
EQUIPAMENTOS: () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () TORRE VDL () MARCO CIRÚRGICO () LASER () OUTROS:
USO DE COXINS: () SIM () NÃO LOCAL:

SEGUNDA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

() TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM	() NOME DO PACIENTE () LOCAL DO PROCEDIMENTO
() PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: _____	() CIRURGIA PROGRAMADA
() PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA	() PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM _____ () EXAMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

HORA: 09:00 Fentil	HORA:
HORA: 09:06 midazolam	HORA:
HORA: 09:00 Dipirona	HORA:
HORA: 09:00 Piperacilina	HORA:

HORÁRIO	PA	F.C	SPO2
ADMISSÃO NA S.O.: 09:00	106x58	97bpm	99%
9:50	121x64	93bpm	99%
FIM DA CIRURGIA: 30:00			

PROCEDIMENTOS

REALIZADO POR:

DRENOS E CANULAS

() TOT n.º _____ () SNG n.º _____ () SNE n.º _____	() PENROSE LATEX () PENROSE SILICONE
() ACESSO CENTRAL TIPO: _____ LOCAL: _____	() WATERMAN () BLAKE
() AVP: MSD CATETER N.º _____	() GUEDEL () SUCCÃO
() PAM CATETER N.º _____ LOCAL: _____	() DRENO TORÁCICO () DRENO DE MEDIASTINO
() SVD n.º _____ BALÃO COM _____ ml ABD () SVA	() IRRIGAÇÃO VESICAL

TERCEIRA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

() NOME DO PROCEDIMENTO Fratura Radicular	() CONTAGEM DE COMPRESSAS Não () MATERIAIS PARA EXAMES () NÃO () SIM
() ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE.	QUAL: _____
	PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS: () NÃO () SIM QUAL: _____

OBSERVAÇÕES DE SALA:	
INTEGRADORES DOS MATERIAIS	

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Ana Kelly da Silva Alves</i>			IDADE <i>33</i>	SEXO <i>F</i>	COR	
DATA <i>31-05-2000</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIA	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	DUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
0200 10.00 SPO2 79 82 89 ECG 123 141 123 Lsg								
AGENTES ANESTÉSICOS	INDUÇÃO							
	Satisf.: _____	Exalt.: _____	Tosse: _____	Laringo espasmo: _____	Lenta: _____	Náuseas: _____	Vômitos: _____	Outros: _____
Líquidos	MANUTENÇÃO							
	- Cetaprolina 2g - Dexametasona 6mg - Androsterona 800 - Dofran 2g							
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O PULSO: O. RESPIRAÇÃO	ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____							
	Não, por quê? _____							
DESPERTAR								
Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Exalt.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____								
Com cânula: _____								
Paro o Leito Sim _____ Não _____								
CONDIÇÕES: _____								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO								
AGENTES	Fentanil 0,04mg, midazolam 3mg - Bupivacaina 50mg, Ketamina 400mg, 200mg							
TÉCNICA	Bloqueio de Plexo braquial por via entéricolomica e axilar							
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de fratura de perna							
CIRURGIÕES	Aparecida							
ANESTESISTAS	Jorge Lourenço de Oliveira Bessa							
OBSERVAÇÕES	Anestesiologista							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA			



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

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

DIA 30/05/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE, DIETA ZERO APARTIR DE 00:00	jet
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	10
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 21 24
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, FAZER SE NECESSARIO 12h/12h	12
5	Reconstituir 2ML ABD,	jet
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	24

EVOLUÇÃO

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

1 DIH

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

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Santos
Rozendo
De Oliveira

Ylve dirá a partir da minha volta de Hoje

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ANA KELE DE SOUSAIdade 33Sexo F

Enf/Leito

5/1

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: DIAGNÓSTICO MÉDICO: EX. 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 () OLFAUTO () PALADAR OBS.: _____

SEGURANÇA FÍSICA: TRANQUILO () AGITADO () AGRESSIVO () RISCO DE QUEDA OBS.: _____REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: REGULAR () IRREGULAR () OUTROS: _____

EDEMA: () LOCAL OBS: _____

5. ANOTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETAALIMENTAÇÃO: VO () SNG () SNE () OUTROS: _____

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

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

6. INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADAPELE: INTEGRA () LESÃO () OUTROS: _____

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

localização anatômica da ferida; Curativo em: _____ / _____ / _____

7. CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: INDEPENDENTE () DEPENDENTE () PARCIALMENTE DEPENDENTEHIGIENE CORPORAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIAHIGIENE BUCAL: SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS

SONO / REPOUSO: PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: PRESERVADA () PREJUDICADASILENCIAMENTO/ COMPORTAMENTOS: COOPERATIVO () OUTROS: _____

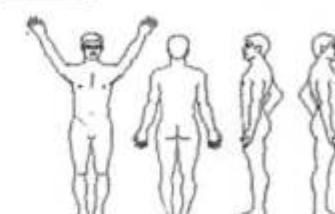
6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUais:

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
19:00	100/60	80								<i>Proclive</i>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:



8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCAS DEFINidorAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() ANSIEDADE () DOR () FADIGA () OBESIDADE () OUTRO	() ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA () DISPNEIA () BATIMENTO DE ASA DE NARIZ () ORTOPNEIA () OUTRO
DEFÍCIT NO AUTOCUIDADO 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 SANGUÍNEA () 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	SEMPRE	() 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	LENT	() 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	SEMPRE	() 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 () DISTÚRBIO NEUROLÓGICO

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Cleanto 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, IFRASCO , 12h/12h	<i>1/1 2/2 3/3</i>
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	<i>1/1 2/2 3/3</i>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, IFRA AMP, FAZER SE NECESSARIO 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.169

D. A.
30/05/2020
d: $SAT_{O_2} = 98$
P: 65



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): ANA KELE DE SOUSA ALVES
Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES

Protocolo: 0000529355 RG: NÃO INFORMADO
Data: 29-05-2020 06:58 Origem: ÁREA VERDE
Idade: 33 anos Destino: ÁREA VERDE

HEMOGRAMA

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

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

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

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	5.300 /mm ³ (%)	5.000 a 11.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrofílos		
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		
Tipicos.....	36,0	1.908
Atípicos ou Reativos.....	0	0
Monocitos.....	2,0	106
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	154.000 mm ³	140.000 a 400.000 mm ³

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão
Biomédico
CREM 5489

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 07C5-31BD-1F8E-0DE9-A46D-176D-82BB-54CF



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



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

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

5

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	10/20
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

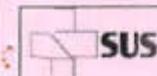
SOLICITO EXAMES PRE OP

TALA AXILO PALMAR MSE

ASSINATURA + CARIMBO
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida
ORTOPEDIA TRAJAU/DO/SCA
CRM - PG 953

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 - N° 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

83

N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO)

R JOSE ALIPIO DO NASCIMENTO , 114 , SAO JOSE DA MATA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓD. IBGE

**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 H18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSITA CIRURGIA19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RX + EXAME FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

BARTON VOLARE

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
27 - CARATER DA
INTERNAÇÃO28 - DOCUMENTO
() CNS () CPF29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
70650035512169630 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
HALLISSON BARROS DE ALMEI31 - DATA DA
SOLICITAÇÃO
28/05/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

43 - AUTÔNOMO

44 - DESEMPREGADO

45 - APOSENTADO

46 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

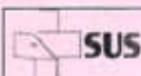
45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA
AUTORIZAÇÃO
/ /

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° 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 - N° DO PRONTUÁRIO
2161075

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO
15/10/1986

9 - SEXO
Mas: Fem:

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA CONCITA DE SOUSA

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD: **83** N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO)
R JOSE ALIPIO DO NASCIMENTO , 114 , SAO JOSE DA MATA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande

14 - CÓD. INÍCIE
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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA
INERNACAO
11

28 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

29 - N° 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 (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° 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

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA
AUTORIZAÇÃO
/ /

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

4.296.184

NOME

ANNA KELI DE SOUSA ALVES

FILIAÇÃO

FRANCISCO BORGES DE ABREU

MARIA CONCITA DE SOUSA

NATURALIDADE

RIO DE JANEIRO-RJ

DOC ORIGEM

DATA DE NASCIMENTO

15/10/1986

CASAM N. 34737 FLS. 43V LTIV. B-84
CPF CARTORIO CAMPINA GRANDE PB

062.171.484-47

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOE5493

2020

[Imprimir Consulta](#)

MOE5493	Último Licenciamento: 2020
PASSA / MOTOCICLETA	Proprietário: *****
HONDA/CG 150 TITAN KS	Placa: MOE5493
	Combustível: GASOLINA
	Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
	Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA
	Ano de Fabricação: 2008
	Ano Modelo: 2008
	Categoria: PARTICULAR
	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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/05/2020

Titular do CPF: ANNA KELI DE SOUSA ALVES

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Valorização 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: **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:

SITIO SERRA JOAQUIM VIEIRA

9 - Número:

SIN

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SAO JOSÉ DA MATA

12 - Cidade:

CAMPINA GRANDE

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58441000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

83-7749-5386

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\$1.00 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)

AGÊNCIA: **0241**

013

CONTA: **00427032**

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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 deu

nasceu (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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

*Jacaré Pequeno 02.09.20
Anna Keli de Sousa Alves*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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, filha(s) de Maria concia de Sousa e Francisco Borges de Abreu, CPF 062.171.484-47, residente e domiciliado(a) na(s) Sítio Serra Joaquim vicira, 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 aonde eu perdi o controle ,o primeiro Socorro foi da Samu ID N 2005280153.

Fui levada para o hospital de emergência e trauma, aonde foi feita um raio x.Aonde foi diagnóstico inicial :Fratura de radio distal.

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

Sendo o que havia a constar, cientificado 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

A380D8743F7AFDC1EB14B3255C3CE5BA

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.delegaciadonline.pb.gov.br. Tel: (83) 3612-3612 (8h-18h). E-mail: delegaciadonline@sedu.pb.gov.br.



Nº 033814.01.2020.0.00.704

Scanned by TapScanner

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:
SITIO SERRA JOAQUIM VIEIRA

9 - Número:
510

10 - Complemento:

11 - Bairro:
SAO JOSÉ DA MATA

12 - Cidade:
CAMPINA GRANDE

13 - Estado:
PD

14 - CEP:
58441000

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

Banco do Brasil (001)

Itaú (341)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0241**

013

CONTA: **0042170-32**

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(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):

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

28 - Vítima Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu nascituro? 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)

40 - Local e Data,

*Jas Pessas 02.09.20
Anna Keli de Sousa Alves*

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: 26/3/2020	HORA: 16:19 HRS	ID Nº: 2005280153
NOME: ANNA KELI DE SOUSA ALVES		
QUEIMA: ACIDENTE DE TRANSITO		
LOCAL: RUA JOSÉ ALÍPIO - 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.

1960-1961 MAF 13313
Democratic F. Assessment
Cochranek Administrative
1961 MAF-13313-197

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