



PARAÍBA
 Governo do Estado



Somos todos
PARAÍBA
 Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Data da Internação: 08/11/2020

Data da Alta:17/11/2020

Registro:2267335

Tempo de Permanência:-18575

Diagnóstico Inicial:LUXACAO ENTORSE OU DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOSLIGAMENTOS DA COLUNA LOMBAR E DA PELVE

Diagnóstico Final:LUXACAO ENTORSE OU DISTENSAO DAS ARTICULACOES E DOSLIGAMENTOS DA COLUNA LOMBAR E DA PELVE

Cirurgia:FIXADOR DE PELVE

Data:08/11/2020

Equipe:

Cirurgião:AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesiasta:

Medicamentos:

Resumo Clínico(História, Evolução, Terapêutica e Complicações):PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM FRATURA DO ANEL PELVICO. ENCONTRA-SE HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. APÓS COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO, FOI DECIDIDO TRATAMENTO CONSERVADOR.

Orientações:LIMPAR O DE PINO ECHANZ FREQUENTEMENTE.

Condições de Alta::Melhorado

Data17/11/2020

Assinatura/Carimbo

Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

RESPONSÁVEL : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus Pedroso
 MÉDICO
 CRM-PB 12.569



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: 17/11/2020

Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03
Pedroso Cavalcanti De Souza

Logado em: Matheus

ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE :JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

RESPONSÁVEL PELA ALTA : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

DATA : 17/11/2020

ESPECIALIDADE : ORTOPIEDIA 1

SINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ALTA : _____

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.869



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: 17/11/2020

Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 03
Pedroso Cavalcanti De Souza

Logado em: Matheus

ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE :JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

RESPONSÁVEL PELA ALTA : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

DATA : 17/11/2020

ESPECIALIDADE : ORTOPIEDIA 1

SINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ALTA : _____

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PB 12.869

Data da Impressão: 16/11/2020

Horas da Impressão: 11:07:13

Médico (a) Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040

Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Sexo: F

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

DIA 16/11/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	Dieta livre a critério	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 8h/8h	22/06
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	22/06
4	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	22/06
5	ENOXAPARINA SODICA 60 MG/06 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	5/22
7	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	22

8 - punção SVD - 22

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-23777-0



Seamos todos
PARAIBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 15/11/2020

Horas: 07:40:46

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico (a), Diarista: Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza

DADOS DO PACIENTE:

№ do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040 Sexo: F

Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Admissão: 08/11/2020 DIH - 7

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

DIA 15/11/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza /

tem	Prescrição	Aprazamento
	Dieta livre a critério	et
	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 8h/8h	14 22 05
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	12 28 2406
	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	06 F
	ENOXAPARINA SODICA 60 MG/06 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SIN
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	et

OLUÇÃO

TA:15/11/2020 HORA:07:38:14

ORTOPEDIA

7 DIH

EGB, EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS E DISTEMIAS NAS ULTIMAS 24H

EXAMES (09/11/2020):

Hb: 10.3; Ht: 31; Leuco: 9600; Plaquetas: 179.000

CD: VPM

SOLICITO NOVO HEMOGRAMA

Dr. Matheus Pedrosa
MÉDICO
CRM-PB 12.869

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedrosa Cavalcanti De Souza



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 12/11/2020

Horas: 09:19:05

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico (a), Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

ADOS DO PACIENTE :

do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040 Sexo: F
me da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Admissão: 08/11/2020 DIH - 4
nica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

IA 12/11/2020

ÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza /

Prescrição	Amostragem
Dieta livre a critério	
SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 8h/8h	C
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	14 25 26
CETOPROFENO 100 MG E.V, 01FRA AMP, 12h/12h	12 18 24 26
Diluir em 150 SF	
OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	12 14
ENOXAPARINA SODICA 60 MG/06 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	06 F
TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	22
CONCENTRADO DE HEMACIAS CH(BOLSA DE SANGUE) 600Bolsa,	S 1W
FAZER AGORA	ATA (VULVAR)
CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
UÇÃO	C

:12/11/2020 HORA:09:18:11

DIH

CIRURGIA TRANSCORRIDA COM SUCESSO, SEM INTERCORRENCIAS,

SCOPIA DE CONTROLE MOSTRANDO FECHAMENTO DA SÍNFISE PÚBLICA

INAIS VITAIS ESTÁVEIS

emograma (09/11): Hb: 10,3; Ht: 31%; Leuco: 9.600

D = SOL. ECG+ RISCO CIRÚRGICO, SOL. HEMOGRAMA DE CONTROLE, SOL. RX DE BACIA A LA OBTURATÓRIA.

VPM

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM 12.869
M

1100,



Somos todos
PARAÍBA
Governador do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 10/11/2020

Horas: 08:23:17

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Médico (a) /Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

ADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040 Sexo: F

Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Admissão: 08/11/2020 DIH - 2

Unidade: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 7 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

DATA 10/11/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza /

em	Prescrição	Aprazamento
	Dieta livre a critério	
	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO, 8h/8h	
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	12 22 06
	CETOPROFENO 100 MG E.V, 01FRA AMP, 12h/12h	12 22 06
	Diluir em 150 SF	
	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	12 22 06
	ENOXAPARINA SODICA 60 MG/06 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	06 Fmo kit
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA. FAZER SE NECESSARIO	12
	CONCENTRADO DE HEMACIAS CH(BOLSA DE SANGUE) 600Bolsa,	SN
	FAZER AGORA.	J
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	J

PLUÇÃO

DATA: 10/11/2020 HORA: 08:19:23

3 DIH

CIRURGIA TRANSCORRIDA COM SUCESSO, SEM INTERCORRENCIAS,

ESCOPIA DE CONTROLE MOSTRANDO FECHAMENTO DA SÍNFISE PÚBLICA

SINAIS VITAIS ESTÁVEIS

Hemograma (09/11): Hb: 10,3; Ht: 31%; Leuco: 9.600

CD = SOL. ECG+ RISCO CIRÚRGICO, SOL. HEMOGRAMA DE CONTROLE, SOL. RX DE BACIA A LA OBTURATÓRIA.

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus P. Cavalcanti
C.R.C. 12.350
C.R.C. 12.350

RECEITUÁRIO MEDICAMENTO CONTROLADO

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040

Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Sexo: F

Clinica: AGUARDANDO PRIMEIRA ALOCAÇÃO Enfermaria: Leito:

Diagnóstico: FRATURA ANEL PELYCO

MEDICAMENTO: TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, OIAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO

Assinatura + Médico(a):

PARAIBA
Governo do Estado





Semas todas
PARAÍBA
Governos do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 08/11/2020

Horas: 21:34:30

Médico (a) Diarista : Agnaldo Lima Pereira Jr

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040 Sexo: F

Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Admissão: 08/11/2020 DIH - 0

Clinica:AGUARDANDO PRIMEIRA ALOCAÇÃO Enfermaria: Leito: Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

DIA 08/11/2020

MÉDICO(A): Agnaldo Lima Pereira Junior /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	Dieta livre a critério	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO , 8h/8h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	
4	CETOPROFENO 100 MG E.V, 01FRA AMP, 12h/12h Diluir em 150 SF	
5	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
6	ENOXAPARINA SODICA 60 MG/06 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

EVOLUÇÃO

DATA:08/11/2020 HORA:21:32:23

ORTOPEDIA

PACIENTE POLITRAUMATIZADA, APRESENTA DOR+ DEFORMIDADE EM QUADRIL AO EXAME; FRATURA DO ANEL PÉLVICO

CD: INTERNAMENTO PARA TTO CIRURGICO, ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM A CIRURGIA GERAL

ASSINATURA + CARIMBO

Agnaldo Lima Pereira Junior



Jr. Agnaldo Lima P. Junior
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgião do Joelho
CRM-PE 9116 - TEO-15282

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: JOSEFA MÁRCIA VIDAL ALVES LEME IDADE: 40a SEXO: F
IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: 10/11/20

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaláia () Tontura () Síncope
() Dispnéia de esforço () Grande () Pequena
() Média () Ortopédica
() Palpitações () Tosse Seca () Expectoração
() Dor Precordial () Típica () Atípica
Relacionada: () Esforço () Emoções () Frio () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
() Diabetes Mellitus () Insut. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
() Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: desconhece () Tabagismo
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico Cesariana () Outros

Medicamentos em uso () Não () Sim CAPTOPRIL ; HCTZ ; PROPRANOLOL

4 - EXAMES FÍSICO

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Pesc

Ap. Cardiovascular - Comentários: RCR em RT Prof SIS

FC.: 84 b.p.m P.A.: 130/80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: MV (+) GRA

Addômen - Comentários: 8/vcm

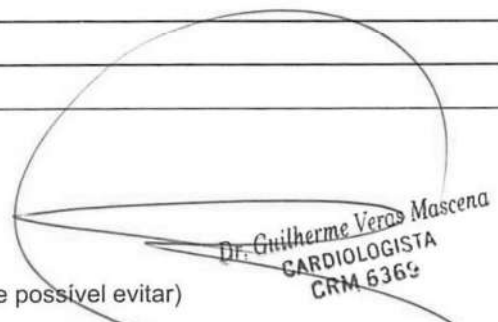
Membros Inferiores - Comentários: 8/edma

5 - E.C.G.: RS ADR

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)


Dr. Guilherme Veras Mascena
CARDIOLOGISTA
CRM 6369

PACIENTE:	Josefa Marcia Vidal Alves Leite
DATA DO EXAME:	08/11/2020

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Fina lâmina líquida no espaço heparrenal e em fundo de saco posterior.

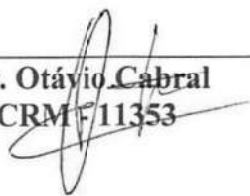
Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretoperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. Otávio Cabral
CRM: 11353





Número do Prontuário: 192570

DATA DA CIRURGIA: 08/11/2020

Número do Atendimento: 2267335 Clín: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Data da Internação: 08/11/2020

Atendimento: 2267335

Diagnostico Pré-Operatório: fx de pelve (livro aberto)

Diagnostico Pós-Operatório: o mesmo

Cirurgia: FIXACAO EXTERNA

Data da Cirurgia: 08/11/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:

01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04- FIXAÇÃO EXTERNA EM PELVE

05- CONTROLE POR RADIOSCOPIA

06- CURATIVO


07- BOA PERFUSAO AO FINAL DO PROCEDIMENTO

Dr. Mathias
MÉDICO
CRM-PB 12.868

Data 08/11/2020

Assinatura/Carimbo
Nildson Vinicius De Siqueira Medeiros

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <i>Yosefa Márcia Vidal Alves Loure. DN: 30/03/1980</i>				 GOVERNO DA PARAIBA <small>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</small> <small>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes</small>	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
			<i>40</i>	<i>2267245</i>	
CIRURGIA <i>T. brúncias de Fratura</i>			CIRURGIÃO <i>D. Agnaldo</i>		
ANESTESIA <i>Raque</i>			ANESTESIA <i>D. yovande</i>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
		<i>08/11/2020</i>	<i>22:40</i>	<i>23:15</i>	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	<i>01</i>	Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
<i>01</i>	<i>Diazepam amp. Midazolam</i>	<i>10</i>	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
<i>01</i>	<i>Dimorf amp. 0,2 mg</i>		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
<i>01</i>	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
<i>01</i>	<i>Mercaina Pisado % ml</i>		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	<i>03</i>	Esparadrappo Larco cm		Fio de Algodrão Sutapak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutapak	
	Quelicin ml	<i>06</i>	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	<i>01</i>	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
<i>01</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
<i>02</i>	Dipirona amp.	<i>01</i>	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidól amp.		Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	<i>03</i>	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.	<i>03</i>	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	<i>03</i>	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	<i>05</i>	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	<i>01</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
<i>01</i>	<i>Plasil amp. Nausedron</i>	<i>01</i>	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	<i>01</i>	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
<i>02</i>	<i>Cefalotina 1g cefazolin</i>		Sonda Nasogática			
<i>01</i>	<i>betopropato</i>		Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latex			
	Agulha desc. 3 x 4,5	<i>05</i>	<i>eletrodos</i>			
<i>01</i>	Agulha p/ raque nº 25	<i>03</i>	<i>bloroxidina 2%</i>			
<i>03</i>	Álcool de Enfermagem	<i>03</i>	<i>ii p/ alcoolice</i>			
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					

EQUIPAMENTOS

Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar

Serra () Eletrocautério

Desfibrilador () Oxícapiógrafo

Foco Frontal () Cardiomonitor

Fonte *Stela M^a Justino de Oliveira* () Perfurador Elétrico

Téc. Eufemeira

Lot.: 036695 Código: F08 8 208

SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA

SARTORI - LINEFIX

TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL

Feb.: 29/01/2020 Val.: 01/2025

Registro Anvisa Nº 80083650031

Material ACO INOX/ALUMINIO

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP

CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP

Tel.: +55 19 3538-1910 info@sartoriltda.br

Lot.: 051205 Código: AF35 8 68

PNO INTRA-ARTICULAR OSSEO - R

X C X 4,5 X 200 X T

Feb.: 05/08/2020 Val.: 08/2025

Registro Anvisa Nº 80083650026

Material ACO INOX F138

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP

CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro / SP

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Dr. Jorge Mauricio Vidal Alves Leite</i>			IDADE: <i>40</i>	SEXO: <i>F</i>	COR
DATA: <i>18.11.20</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO, SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA: <i>Nege</i>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fract. Anel Pulvico</i>					ESTADO FÍSICO: <i>Nege</i>	RISCO: <i>ASA II</i>	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	ÀS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	<i>2.000 mg Propofol</i>						
LÍQUIDOS	$\frac{500}{500} + \frac{500}{500} + \frac{500}{500}$						
CÓDIGOS	<p>VP - ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO</p>						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<p><i>clorpromazina 2g Dextro Oxy</i></p> <p><i>midazolam 3mg Diminone 2g</i></p> <p><i>atamoxifina 100mg fentanil 500mcg</i></p>						
POSICÃO	<i>P - D</i>						
AGENTES	<i>Bepi 100mg 15mg N2O 100 - 100</i>						
TÉCNICA	<i>RAQU: ASSP 18mg, 10mg 100, 100mg 250</i>						
OPERAÇÃO	<i>Fract. Anel Pulvico</i>						
CIRURGIÕES	<i>Amorim</i>						
ANESTESISTAS	<i>Jovande M. F. Junior</i>						

INDUÇÃO

Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____

Laringo espasmo: _____ Lenta: _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____

Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na SO: _____

Obstr.: _____ Co₂: _____ Excit.: _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Com cânula: _____

Paro o Leito Sim _____ Não _____

CONDIÇÕES: _____



Número do Prontuário: 192570 DATA DA CIRURGIA: 08/11/2020

Número do Atendimento: 2267335 Clin: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Data da Internação: 08/11/2020

Atendimento: 2267335

Diagnostico Pré-Operatório: fx de pelve (livro aberto)

Diagnostico Pós-Operatório: o mesmo

Cirurgia: FIXACAO EXTERNA Data da Cirurgia: 08/11/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiata:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- FIXAÇÃO EXTERNA EM PELVE
- 05- CONTROLE POR RADIOSCOPIA
- 06- CURATIVO
- 07- BOA PERFUSAO AO FINAL DO PROCEDIMENTO

Dr. Nildson Vinicius De Siqueira Medeiros
MÉDICO
CRM-PB 12.869

Data 08/11/2020

Assinatura/Carimbo
Nildson Vinicius De Siqueira Medeiros



Número do Prontuário: 192570 DATA DA CIRURGIA: 08/11/2020

Número do Atendimento: 2267335 Clín: / Enf: / Lei:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Data da Internação: 08/11/2020

Atendimento: 2267335

Diagnostico Pré-Operatório: fx de pelve (livro aberto)

Diagnostico Pós-Operatório: o mesmo

Cirurgia: FIXACAO EXTERNA Data da Cirurgia: 08/11/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

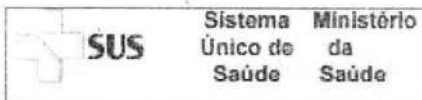
Descrição da Operação:

- 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
- 04- FIXAÇÃO EXTERNA EM PELVE
- 05- CONTROLE POR RADIOSCOPIA
- 06- CURATIVO
- 07- BOA PERFUSAO AO FINAL DO PROCEDIMENTO

Dr. Matheus Petrosso
MÉDICO
CRM 10.114/1-1-1-1-1

Data 08/11/2020

Assinatura/Carimbo
Nildson Vinicius De Siqueira Medeiros


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
JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
2267335
7 - CARTÃO DO SUS
706901125970230
8 - DATA DE NASCIMENTO
30/03/1980
9 - SEXO
 Masc Fem
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
MARIA DA PAZ VIDAL
11 - TELEFONE DE CONTATO
 DDD **83** Nº DE TELEFONE **99982051**
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
R ALSEBIDES GONCALVES DA ROCHA , 127 , CRUZEIRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
Campina Grande
14 - Cód. IBGE
 MUN **250400**
15 - UF
PB
16 - CEP
5840002
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DOR + EDEMA + DEFORMIDADE EM QUADRIL
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TTO CIRURGICO
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RADIOGRAFIA
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL **21 - CID 10 PRINCIPAL** **22 - CID 10 SECUNDÁRIO** **23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**
FRATURA ANEL PELVICO
PROCEDIMENTO SOLICITADO
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA **27 - CARATER DA INTERNAÇÃO**
28 - DOCUMENTO
 (X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016296777642
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
08/11/2020
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

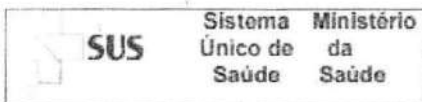
() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - COD. ORGÃO EMISSOR
49 - 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)



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 JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2267335
7 - CARTÃO DO SUS 706901125970230	8 - DATA DE NASCIMENTO 30/03/1980	9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DA PAZ VIDAL		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DE TELEFONE 99982051
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R ALSEBIDES GONCALVES DA ROCHA , 127 , CRUZEIRO		
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 + EDEMA + DEFORMIDADE EM QUADRIL			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TTO CIRURGICO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RADIOGRAFIA			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA ANEL PELVICO	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 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296777642
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/11/2020	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
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - 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)	

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: 08/11/2020
 Data: 08/11/2020

Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LETTE Idade: 040 Nº ATEND: 2267245

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
 DATA: 08/11/2020 HORA : 19:38:06

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

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

SINANIS DE EMBRIAGUEZ : SIM

SINAIS VITAIS

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

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

ALERGIAS :

MEDICAÇÃO EM USO :

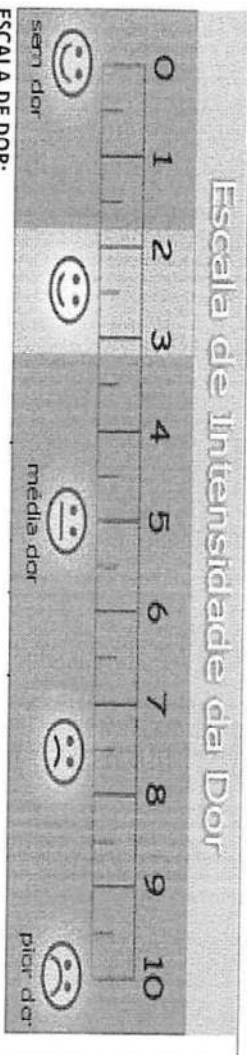
ESTADO GERAL :

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

- () FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
- () PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
- () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
- () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILIOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO : VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN

OBS.: SEM ACOMPANHANTE E DOCUMENTOS; SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN

Vanessa Dourado Carvalho De Souza

Hospital de Campina Grande
 ENFERMEIRO
 COREN-PB: 28144



Sejam todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/11/2020

Horas: 09:24:48

Enfermeiro (a) Diarista : Gilmar Gomes Si

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040

Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Sexo: F

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

EVOLUÇÃO

DATA: 17/11/2020 HORA: 09:22:48

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (BASEADOS NAS NHB DE W. HORTA)

HISTÓRIA PREGRESSA

INTERNAÇÕES PRÉVIAS: () MOTIVOS: ALERGIAS () QUAL? DOENÇAS: (X) HAS () DM
() TABAGISTA () ETILISTA () NEOPLASIA () DROGAS () OUTROS: MEDICAÇÕES EM USO:
DOENÇA ATUAL

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRATURA ANEL PELVICO

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA () OUTROS

RESPIRAÇÃO: (X) 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: (X) REGULAR () IRREGULAR Outros:

EDEMA: () LOCAL OBS.:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA):

TIPO SOMÁTICO: (X) NUTRIDO () EMAGRECIDO () CAQUÉTICO () OBESO

ALIMENTAÇÃO: (X) VO () SNG () SNE Outros:

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (X) NORMAL () ALTERADO Outros:

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (x) ESPONTÂNEA () SVD () INCONTINÊNCIA Outros:

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (X) NORMOCORADA () HIPOCORADA () OUTROS

PELE: () ÍNTEGRA () LESÃO Outros:

LESÃO POR PRESSÃO: ESTÁGIO (BRADEN): RISCO MUITO ALTO - (6 - Pontos) Local :

Curativo em: 17/11/2020.

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO :

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

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA HIGIENE BUCAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO () CADEIRA DE RODAS () SEM LIMITAÇÃO SONO / REPOUSO: (X) PRESERVADO ()

INSÔNIA

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS :

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO Outros:

NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS: :

RELIGIÃO: () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

RISCO DE QUEDA : RISCO MÉDIO - (20 - Pontos)

INTERCORRÊNCIAS

ASSINATURA +

Gilmar

Gilmar Gomes Silva
COREN-PB 556.417-ENF



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/11/2020

Horas: 09:04:22

Médico (a) / Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2267335 Paciente: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE Idade: 040 Sexo: F
Nome da Mãe: MARIA DA PAZ VIDAL Data de Nascimento: 30/03/1980 Admissão: 08/11/2020 DIH - 9

Unidade Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 1 Leito: 2 Diagnóstico: FRATURA ANEL PELVICO

DATA 17/11/2020

MÉDICO(A): Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza!

em	Prescrição	Aprazamento
	Dieta livre a critério	
	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 01FRASCO , 8h/8h	
	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, 6h/6h	
	OMEPRAZOL 20 MG V.O, 01CAPS, 24h/24h (ADM AS 6h)	
	ENOXAPARINA SODICA 60 MG/06 ML S.C, 01SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V, 01AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	
	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

CONCLUSÃO

DATA: 17/11/2020 HORA: 09:02:19

ORTOPEDIA

9 DIH

EGB, EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS E DISTEMIAS NAS ULTIMAS 24H

CD: EM DISCUSSÃO DO CASO COM DR RICARDO AMORIM FOI ORIENTADO ALTA HOSPITALAR COM TRATAMENTO CONSERVADOR

ASSINATURA + CARIMBO

Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

Dr. Matheus Pedroso
MÉDICO
CRM-PA 12.869

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

56.372.520-5

DATA DE
EXPEDIÇÃO

18/ABR/2013

NOME

JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES
LEITE

FILIAÇÃO

SANDOVAL COSTA DE OLIVEIRA

E

MARIA DA PAZ VIDAL

NATURALIDADE

BOA VISTA - PB

DATA DE NASCIMENTO

30/MAR/1980

DOC ORIGEM

EMBU DAS ARTES-SP
EMBU DAS ARTES

CC: LV.B113/FLS.152 /N.033118
CPF 035050164/54

Roberto
177 Delegado, Divisãõ de
Assinatura do Diretor (RGD.55.967)

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8100-0

PROIBIDO PLASTIFICAR

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GOMES/STON GAUME



POLEGAR DIREITO



Mônica V de P. Alves Leite

ASSINATURA DO TITULAR

B678-094737

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

PB Nº 015311925764 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2020		12/06/2020	
VIA	CPF / CNPJ		PLACA
1	12688480421		NQE0J63/PB
RENAVAM		MARCA / MODELO	
00458946656		HONDA/NXR150 BROS ES	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2012	9	9C2KD0550CR559870	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IGF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)	
*****	SEGURO	P A G O	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	12/06/2020	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

36170-1154349-20200612

1102-1113

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015311923764
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM COD. RENAVAM 20200100030933-8
1 0045894663-6 00/00000000 2020

JOSE ROBSON CORREIA GONCALVES

12688480421

NOE0J63/PB

NOE0963 PB

9C2KD0850CR559870

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCTCLE/MARCA APLIC

COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2012

ANO MOD 2012

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

I P V A	COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	1º 2º 3º
	IPVA PAGO EM		12/06/2020	
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS		

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO PAGO DATA DE PAGAMENTO 12/06/2020

SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL CAMPINA GRANDE - PB

DATA

42234

12/06/2020

3617

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210073909 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE **Data do acidente:** 08/11/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ANEL PELVICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL.

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 DE QUADRIL.

Documentos complementares:

Observações: P1/16 - CIRURGIA P11/12/13.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063597/21

Vítima: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

CPF: 035.050.164-54

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 08/11/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE : 035.050.164-54

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: 02/03/2021
Nome: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE
CPF: 035.050.164-54

JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210073909 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE **Data do acidente:** 08/11/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ANEL PELVICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL.

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 DE QUADRIL.

Documentos complementares:

Observações: P1/16 - CIRURGIA P11/12/13.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210073909

Vítima: JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Data do Acidente: 08/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000000910-5**

Conta: **00000009128-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0063597/21** 3 - CPF da vítima: **035.050.164-54** 4 - Nome completo da vítima: **JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE**

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

5 - Nome completo: **JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE** 6 - CPF: **035 050.164-54**
 7 - Profissão: **AGRICULTORA** 8 - Endereço: **RUA DAS CAMBEBAS** 9 - Número: **76** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **MALVINAS** 12 - Cidade: **CAMPINA GRANDE** 13 - Estado: **PARAIBA** 14 - CEP: **58400 000**
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): **83-99829-8855**

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)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: **BRADESCO**
 AGÊNCIA: **0910 5** CONTA: **0009128 6**

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/previdência 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 a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da natureza 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(s) vivo(s)? 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):
 37 - Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Sacav Pessoa 02.03.21**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410-163 - (83) 3340-9319




CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000078/21 registrada em 02/03/2021, que passo a transcrever na íntegra: Aos dois dias do mês de março do ano de 2021, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 11:42 horas, compareceu a Sra. JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES, com 40 anos de idade, filha de SANDOVAL CPSTA DE OLIVEIRA e MARIA DA PAZ VIDAL, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de BOA VISTA - PB, Casada, escolaridade Fundamental Completo, profissão , portadora da Cédula de Identidade Nº 56.372.520-5, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 03505016454, residindo à rua DAS CAMBEBAS, 76, bairro MALVINAS, na cidade de Campina Grande - PB.

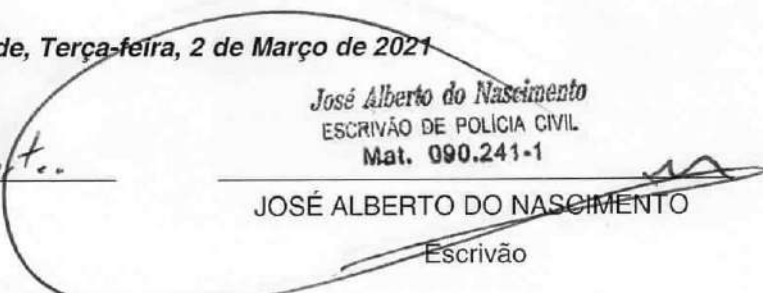
Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 18h30min do dia 08.11.2020, estava se desocando para a casa da sua genitora, transitando pela Rodovia BR 230, Alça Sudoeste, próximo a rotatória da Energisa, nesta cidade de Campina Grande/PB, ocupando como "carona", a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, ano/modelo 2012/2012, cor vermelha, chassi nº 9C2KD0550CR559870, de placa NQE-0J63/PE, licenciada em nome de José Robson Correia Gonçalves, conduzida por um colega, quando foram atingidos na parte de trás por um veículo de marca, cor, placa e demais características não identificadas, inclusive o condutor, que ausentou-se do local, fazendo com que o condutor da moto perdesse o controle, caindo ao solo em seguida, sendo o comunicante arrastado por cerca de duzentos metros, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido por populares e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário médico apresentado nesta Delegacia; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom e com via seca, não existindo iluminação no local, não encontrando-se o comunicante ou condutor da moto sob a influência de bebida alcoólica; Que, não foi realizada perícia técnica no local por parte dos Policiais da PRF, pois os mesmos não foram acionados; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 2 de Março de 2021


JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES

Declarante


José Alberto do Nascimento
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 090.241-1

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0063597/21** 3 - CPF da vítima: **035.050.164-54** 4 - Nome completo da vítima: **JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE**

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

5 - Nome completo: **JOSEFA MARCIA VIDAL ALVES LEITE** 6 - CPF: **035 050.164-54**
7 - Profissão: **AGRICULTORA** 8 - Endereço: **RUA DAS CAMBEBAS** 9 - Número: **76** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **MALVINAS** 12 - Cidade: **CAMPINA GRANDE** 13 - Estado: **PARAIBA** 14 - CEP: **58400 000**
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): **83-99829-8855**

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)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BRADESCO**
AGÊNCIA: **0910 5** CONTA: **0009128 6**

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/previdência 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 a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e da natureza 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(s) vivo(s)? 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
36 - Assinatura 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

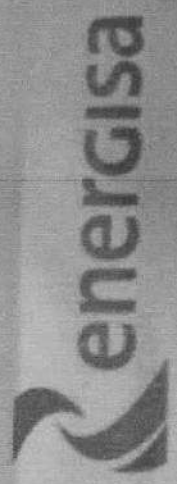
40 - Local e Data, **Sacuí Pessoa 02.03.21**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)


42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ANTONIO DA SILVA FIGUEIREDO
RUA DAS CAMBESAS 79 - MALVINAS
CAMPINA GRANDE / PB CEP 59400000 (AG 401)

CPF/CNPJ/RAN: 176.431.144-53

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RES MTC B1 / Subclasse BAIXA RENDA BPC
Ligação MONOFÁSICO
Rateio 12.431.08.3400 Nº Medidor: 00008041005



 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
4/220276-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 00002202760



VALOR DA FATURA
R\$ 0,00



VENCIMENTO
27/10/2020



REFERÊNCIA
Out / 2020



CONSUMO
5kWh

0,16 kWh
MÉDIA DIÁRIA
LEITURA
CONFIRMADA