
Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669575

Vítima: ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

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, contatos 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

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669575

Vítima: ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

0426777/139

3 - CPF da vítima:

044.651.714-39

4 - Nome completo da vítima:

ADIUCIA LOPES DE FIGUEIRO

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

5 - Nome completo:

ADIUCIA LOPES DE FIGUEIRO

6 - CPF:

044.651.714-39

7 - Profissão:

Rua Profª MARIA HELENA MENEZES

9 - Número:

139

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

MALVINAS

12 - Cidade:

CAMPINA GRANDE

13 - Estado:

PARNÁ

14 - CEP:

58.400.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0493

6

CONTA:

1016142

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascitor)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa PB 02.12.2019

ADIUCIA LOPES DE FIGUEIRO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº12561.01.2019.2.00.401

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 15/10/2019

Hora: 18:30:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Cruzamento da Rua Nilo Pecana Com a Rua Jose de Alencar, Prata, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Rua

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Adiucia Lopes de Figueiredo

Conhecido por: Não informado

Filiação: Agripina Correia de Araujo e Aderaldo Lopes de Figueiredo

Idade: 37

Data de Nascimento: 15/03/1982

Identidade de Gênero: feminino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Ensino médio completo

Profissão: Técnica Em Enfermagem

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: RG nº 2664824 SSP/PB, CPF nº 044.651.714-39

Endereço: Rua Professora Maria Helena de Menezes, 139, Bodocongó Iii, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Próx Ao Campo Real Campina

Telefone: (83) 98202-8376

TESTEMUNHA

Nome: Erlon Marton Farias Barbosa

Conhecido por: Não informado

Filiação: Luciene de Oliveira Farias e Jose Maria Cordeiro Barbosa

Idade: 44

Data de Nascimento: 03/03/1975

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

**Escolaridade: Ensino fundamental
incompleto**

Profissão: Motorista

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 983.412.274-87

Endereço: Rua Joana Maria da Conceição, 30 A, Malvinas, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Iml

Telefone: (83) 98839-0570



TESTEMUNHA

Nome: Maria Renilda Matias Delmondes
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Lucinda Leal e José Matias Delmondes
Idade: 49 **Data de Nascimento:** 21/07/1970 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Trindade
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Ensino médio completo **Profissão:** Manicure
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 864.423.764-00
Endereço: Rua Joana Maria da Conceição, 30 A , Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Casa
Ponto de referência: Iml
Telefone: (83) 98839-0570

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca HONDA/BIZ 125 ES, modelo HONDA/BIZ 125 ES, tipo de veículo PASSEIO, cor PRETA, ano 2009, UF: PB, placa MOA-4281, chassi 9C2JC4220AR128206, renavam 00192363964, características gerais: Nome Proprietário adiucia Lopes de Figueiredo

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE

Exame de Lesão Corporal Nº 312.2019
(1) Adiucia Lopes de Figueiredo (VITIMA)

HISTÓRICO

Que a vítima, na data, horário e local, já citados acima; Que a vítima, estava a conduzir a moto descrita acima; Que a vítima não viu a placa de PARE, e a mesma pensando que estava na preferencial da via; Que com esta atitude ao chegar no cruzamento, a vítima foi abarroadada por veículo que a mesma não sabe nenhum dado do mesmo; Que com a colisão do veículo na moto da vítima; Que a vítima foi lançada ao solo e posteriormente socorrida pelo CORPO DE BOMBEIRO PB, conforme documentação em anexo; Que o CORPO DE BOMBEIROS PB, socorreu a vítima para o Hospital de Trauma de Campina Grande PB; Que a vítima neste hospital foi diagnosticada com fratura de tornozelo; Que neste hospital a vítima passou por processo cirúrgico.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de Campina Grande -
Setor de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Campina Grande/PB, 07 de novembro de 2019.



GILSON DE JESUS TELES
Delegado(a) de Polícia Civil



ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO
Noticiante



JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

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: 0426777/39 3 - CPF da vítima: 044.651.714-39 4 - Nome completo da vítima: ADILCIA LOPES DE FIGUEIRO

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

5 - Nome completo: ADILCIA LOPES DE FIGUEIRO 6 - CPF: 044.651.714-39

7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Prof. MARIA HELENA MENDES 9 - Número: 139 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: MALVINAS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.400.000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: 0493 6 CONTA: 1016142 8

(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (ou resíduo)? ☐ 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 omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____ PB 02.12.2019

X ADILCIA LOPES DE FIGUEIRO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ADERALDO LOPES DE FIGUEIREDO
RUA PROFª MARIA HELENA DE VENEZES, 159/
CAMPINA GRANDE / PB CEP: 53400-000 (AG: 401)

Ligação: MONOFÁSICO
Cis-Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotômetro: 11-401-870-2420 Referência: Out / 2019
Medidor: C113322690 Emissão: 18/10/2019

MALVIVIAN

energisa

ENERGISA BORDO REI - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Ramundo Azeite, 1799 - BR 230 - KM 156 - Três milas
Campina Grande / PB - CEP: 53420-700
CNPJ: 06.925.596/0001-95 Ins. Est. 18.000.109-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica: 1004.903.200
Cód. para Deb. Automática: 00000642278

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 023 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Out / 2019	18/10/2019	19/11/2019	136.001.844-15 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **4/84227-8**

Canal de contato

Conecte a Dito, nossa interface virtual do WhatsApp?
Ela pode te ajudar com informações sobre seus dados,
enviar a segunda via da conta de energia e até fazer pedido
de Relação. Salve nosso número e
nos chame sempre que precisar. (33) 33135-6640

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/09/19	14797	18/10/19	14971	1	174	28

Demonstrativo									
Código		Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc.	Alíq.	Valor
				Tributo Tot (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)	
				174.000	0,758180	131,92	131,92	27	35,82
						1,05	3,94	1,43	0,59
0801		Consumo em kWh				2,94	2,94	27	1,05
0801		A.C. B. Vinte e				2,42	2,42	27	0,85
0801		A.C. B. Vinte e							
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807		CONTRIB. L. J. P. PÚBLICA				18,58	0,05	0	0,00
0807		CONTRIB. L. J. P. PÚBLICA				0,32	0,00	0	0,00
0804		JUROS DE MORA 09/2019				2,16	0,09	0	0,00
0803		Multa 09/2019				-3,38	0,00	0	0,00
0801		REST. BANC. AMAR. RESIDENCIAL 09/2019							

Média últimos meses (kWh)
162

VENCIMENTO
06/11/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 157,18

Histórico de Consumo (kWh)

Histórico de Consumo (kWh)											
104	155	141	122	142	150	133	137	204	145	143	138
Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19

RESERVADO AO FISCO

5f8b.3471.c8d2.0b65.198e.e82f.0e3c.e6e7.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
CIC MENSAIS	2,00	120
CIC TRIMESTRAL	2,00	120
CIC ANUAL	2,00	120
FCI MENSAIS	2,00	120
FCI TRIMESTRAL	2,00	120
FCI ANUAL	2,00	120
CMG	2,00	120
CMG	2,00	120

Composição do Consumo

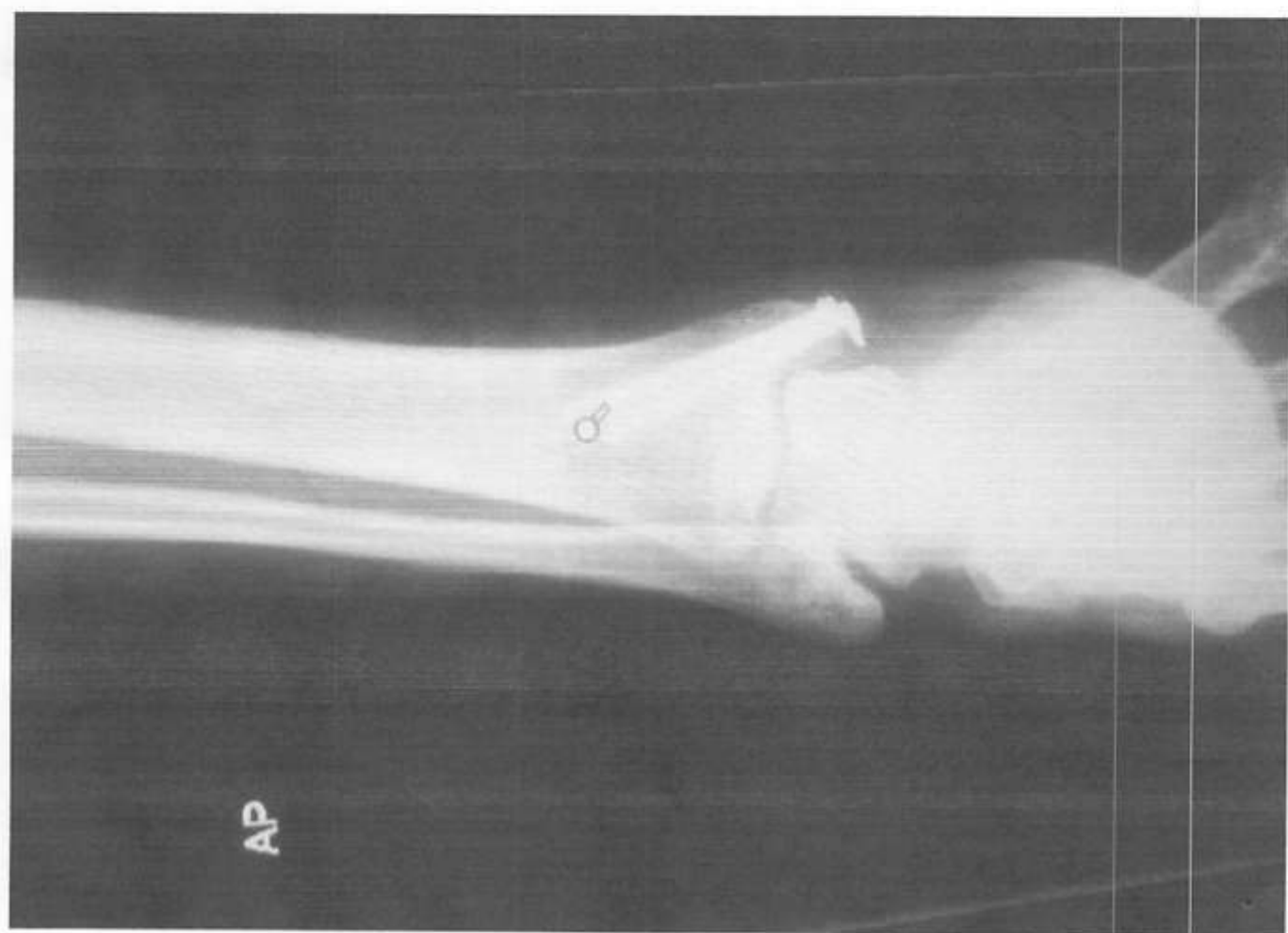
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia Elétrica	12,92	18,38
Consumo de Energia	50,89	32,34
Serviço de Transmissão	6,12	3,89
Serviço de Distribuição	8,50	5,41
Serviço de Iluminação	64,35	41,20
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	167,41	100,00

Valor de SUSO Ref. 9/2019: R\$ 15,47

ATENÇÃO

Faturas em atraso





15/10/19 = NEUTG-
22h

Interno de células mate x cano
com capotes / roça ingressos alcatrão
Sem sinais de alarme

Glasgow 15/PERK, rem deficit focus

Receival: Sin problemas en libros.

14: Alto do neurocrânio
Bainha da coluna cervical p. Pêndulo

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ \ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

+ Maria Eduarda S. Gomes
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Reavaliação Cirurgia Geral, 23/04/2011:
 Paciente segue no leito, retirado collar cervical pelo NCR. Não desconforto respiratório ou abdominal. Apresenta diminuição na intensidade da cervicalgia + dor em PE devido à mobilização.
 Ao exame: EBR, alerta e orientado, hidratado, eufrênico, acianótico, anictérico.
 AR: MV ⊕ AHT 5/RA // AC: RCR 2TBNF S/S
 Abd: flácida, depressível, indolor à palpação profunda diglissamente.
CD: Alta Cirurgia Geral
 Aos cuidados da Ortopedia.

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

[illegible]

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERREIRAS CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 15/10/2019
Paciente: ADILCIA LOPES DE FIGUEIREDO *37 ANOS* C GDE Idade: 02019 Nº ATEND: 2016039

ACIDENTE DE TRABALHO : NÃO
DATA: 15/10/2019 HORA : 19:47:17

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

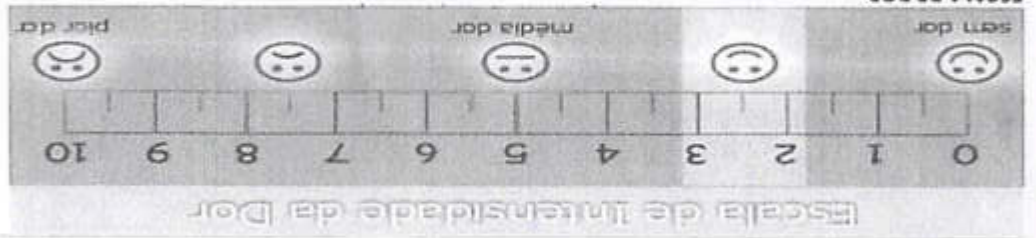
DIABETES ()SIM (X) NÃO HAS ()SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA
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 () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBLOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO : VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

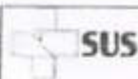
HORA PA	TEMP FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: BOMBEIROS CG

ENFERMEIRO/COREN

acolhimento

Data da internação: 15/10/2019 Hora: 23:45:48



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

SEM DOCUMENTOS

6 - N° DO PRONTUÁRIO

2016154

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/12/1969

9 - SEXO

Masc ☐Fem ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

, 0 .

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO
MUNICÍPIO

0

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO ADMITIDA COM DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

EXAME CLÍNICO + RADIOLOGICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA TORNOZELO DIREITO (MALEOLO MEDIAL)

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

URGENTE

28 - DOCUMENTO

(X) CSS () CPF

29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016002867673

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/10/2019

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

Dra. Ana Maria da Silva Anselmo
 ORTÓPEDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM-15.7825

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Adriana Lopes

IDADE: 37 anos

SEXO: F

ENF/LEITO: 5

DATA: 19/10/19

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO-BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: (X) LOCAL OBS.: MSD

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

DENTIÇÃO: (X) COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

localização anatômica da ferida: Curativo em: _____

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: (X) SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: (X) ACAMADO () CADEIA DE RODAS SONO/REPOUSO: (X) PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (X) PRESERVADA () PREJUDICADA

SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: (X) COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: Católica () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
10:00	100/80	36.6	93	—	—	—	—	—	—	<u>Adriana</u>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ADIUCIA LOPES DE FIGUEREDO

Data da Internação: 15/10/2019

Data da Alta: 22/10/2019

Registro: 2016154

Tempo de Permanência: -18185

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Principais Exames: FRATURA TORNOZELO DIREITO

Data:

Equipe:

Cirurgião: DR. L. JUVENCIO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE MELHORADO, CONTINUA TRATAMENTO AMBULATORIAL

Medicações para Casa: ATB + AINH

Condições de Alta: Melhorado

Data: 22/10/2019

Assinatura/Carimbo

Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

RESPONSÁVEL : Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

CONTROLE CIRÚRGICO

● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0020

Paciente: Adriana Lopes de Figueiredo
Hospital: de Iguazu de L. Grande
Médico: Dr. Jurelino
Data da Cirurgia: 20/10/19 Procedimento: _____
Prontuário: 2016039 Convênio: _____
Instrumentadora(O): Amc Circulante: _____

[illegible]

Recife, 20 de 10 de 20 19

Circulante

Médico Responsável

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

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Adilcia Lopes de Figueiredo

IDADE:

SEXO: Fem.

ENF/LEITO: 5-1

DATA: 16/02/19

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias () Motivo: Alergias () Qual? Doença () HAS () DM

() Tabagista () Etilista () Neoplasia () Drogas () Outros: ___ Medicações em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

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

PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

DENTIÇÃO: () COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: () NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

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

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: () SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: () ACAMADO () CADEIA DE RODAS

SONO / REPOUSO: () PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: () PRESERVADA () PREJUDICADA

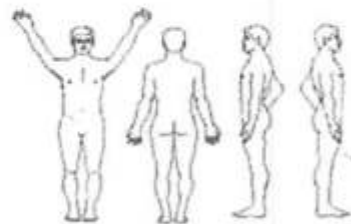
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: () COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
08:22	100x70	36°C	91	99-100							SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



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

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Audicia Lopes de Figueiredo
 IDADE: 37 anos SEXO: Fem ENF/LEITO: 5 DATA: 18/10/19

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DIAGNÓSTICO MÉDICO: Frc TNZ

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

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

LINGUAGEM: () DISFONIA () DISARTRIA

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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

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

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

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

EDEMA: () LOCAL OBS.: _____

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

DENTIÇÃO: ☒ COMPLETA () INCOMPLETA

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: ☒ NORMOCORADA () HIPOCORADA

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

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

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

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

HIGIENE CORPORAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

HIGIENE BUCAL: ☒ SATISFATÓRIA () INSATISFATÓRIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ☒ ACAMADO () CADEIA DE RODAS

SONO / REPOUSO: ☒ PRESERVADO () INSÔNIA

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: ☒ PRESERVADA () PREJUDICADA

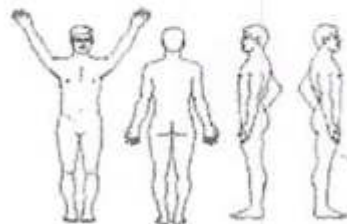
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS: _____

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: _____ () PRATICANTE () NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPO2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
08:00	114x76	35,6	106	96	-	Exp	-	-	-	<u>RFB</u>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



Memellia / entomus

DNR
3/1/2/1969

Adinacia Lopes de Figueiredo			
LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO

 GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gontaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
------	--------------------------	-----------------	------	------	--------

Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
---------------	--	------------------------------	--	-----------------------	--

01	Dimore Amp.	Compressa Pequena	Catgut Simples
----	-------------	-------------------	----------------

Efrane mi	Dreno	Catgut Simplex Sordix
Eonham am	Dreno Korr oil	Catgut Simplex Sordix

Pentamidi ml	Dreno Penrose n°	Sera p. provv.
Insua ml	Dreno Pezzer n°	Ethibond

01	Neoplasia	Equipo de Macrogotas	Ethibond
----	-----------	----------------------	----------

Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
--------------	--	---------------	--	------------------------	--

Protóxido I/m	Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak
---------------	------------	------------------------

Rapiten amp.	H ₂ O, ml	Monohydrat
Malachite green	Intensität, Äußerer	Monopulver 11-8-7

Qtd	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Serfix
-----	------------	-------------------------	----------------

Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Serfix
---------------	-------------------------	----------------

Flaxidol amp.	02	Luvax 7.5		Vicryl Serfix	
---------------	----	-----------	--	---------------	--

Geramicina amp.	1	1	Luvax 0.5	1	1		
-----------------	---	---	-----------	---	---	--	--

Glucon de Cálcio amp.		Polifix	1			
		ampol Dexametona ml	ml	2	2	1

Heparina ml.	EVET Topico ml.	Qtd.	SEROS
Kanamicina gms	Sabão Antiséptico	0/	SB Normotérmico fr 500 ml 0/ 0/ 0/ 0/

Medrofinazol	Seringa desc 10 ml	SG Hipertérmico fr 500 ml
--------------	--------------------	---------------------------

Prolamina	2/2	Seringa desc. 05 ml	0/1	SG fr 500 ml
-----------	-----	---------------------	-----	--------------

Stuplanon amp.		Sonda folley	Qty.	ORTESE E PROTESE
----------------	--	--------------	------	------------------

		Sonda Uretral nº		
		Standard ml	21	21

		Torrilmina	02	Kochia	1
	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	21	UE	1

02	Aquilha desc. 25 x 7		Gratuito	
03	Aquilha desc. 28 x 28	01	Lata X <i>manipulada</i>	EQUIPAMENTOS

07	Aguiha p/ raque nº 07	05	05	Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
----	-----------------------	----	----	-------------------	-------------------

Alcool iodado ml	04	Algodão	☐ Desfibrilador	☒ Oxímetro
			☒ Escala de dor	☒ Cardíaco

Atadras de Gessada 120 C

Benzina ml		es marchetti	CHIRCOFFI REPT. SNOV 22	581
------------	--	--------------	-------------------------	-----

CIRCULANTE RESPONSÁVEL *Lynbelle*
over 120L. 551

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO 2016039	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Márcia Lopes de Figueiredo			IDADE 32	SEXO F	COR B	
DATA 20/01/19	PRESSÃO ARTERIAL 120/80	PULSO 78	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO 65kg	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS		
					URINA			
AP. RESPIRATÓRIO Eupneica em respiração espontânea					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO Hemodinamicamente estável					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO sem há L RQ			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL Consciente e orientado			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA N	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de Lombar L5					ESTADO FÍSICO ASA I	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES N								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA 10/10					APLICADA AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂				INDUÇÃO			
					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____			
					Lárgo: esparmo: _____ Lenta: _____			
					Náuseas: _____ Vômitos: _____			
					Outros: _____			
LÍQUIDOS	Soro + Soro + Soro Soro + Soro				MANUTENÇÃO			
					propofol 100 - 20mg			
					Diprivan 10 - 20			
					Nauseol 100mg - 20mg			
					Ranitidina 50mg - 50mg			
					Diclofenac 50mg - 50mg			
					Fentanyl 50mcg - 20mcg			
CÓDIGOS	VP. ARTERIAL: O. PULSO: O. RESPIRAÇÃO AX. ANESTESIA: O. OPERAÇÃO							
					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
					Não, por quê? _____			
					DESPERTAR			
					Reflexos na SO: _____			
					Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____			
					Náuseas: _____ Vômitos: _____			
					Outros: _____			
					Com cânula: _____			
					Para o Leito: Sim _____ Não _____			
					CONDIÇÕES: _____			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	X O: PONT + Sanguin + Exp							
POSIÇÃO	O - + L + O							
AGENTES	Propofol 5mg + Fentanyl + Nauseol 100mg + Soro 13mg + Soro 100mg + Soro 100mg							
TÉCNICA	Rajua anestesia simples, AP20, 10mg, L3 - L4, 1/2 mg + cânulas							
OPERAÇÃO	Redução cirúrgica com fixação							
CIRURGIÕES	Dr. Figueiredo + Jore							
ANESTESISTAS	Dra Patrícia Lemos							
OBSERVAÇÕES	J: 10:00 T: 11:40							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA		

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Adriana Lopes de Figueiredo		Idade:	37 anos
Convênio:			Data:	20/10/19
Procedimento:	Redução cirúrgica de Fratura do tornozelo Unimaleolar "D"			
Cirurgião:	Dr. Genencio	Auxiliar:	Anestesista: Dr. Poliana	
Início:		Término:	Anestesia Rápida	

[illegible][illegible]

Observações:

Ida consciente e orientada, movimentando voluntariamente os 4 membros. Sem sinais vitais do SEP.



Assinatura Anestesista

Circulante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1350669421	NOME ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO	
	DOC. ENTREGUE / ORIG. EMISSOR UF 2664824 SS08 PB	
	CPF 044.651.714-39	DATA NASCIMENTO 15/03/1982
	FILIAÇÃO ADERALDO LOPES DE FIGUEIREDO AGRIPINA CORREIA DE ARAUJO	
	PERMISSÃO []	ACC []
PROIBIDO PLASTIFICAR 1350669421	UF REGISTRO 06521418692	VIGÊNCIA 29/02/2020
	1ª EMISSÃO 04/12/2015	
	OBSERVAÇÕES	
Assinatura do Portador		
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB		DATA EMISSÃO 09/12/2016
Assinatura do Detran		86051455160 PB033685770
DETRAN, PB (PARAIBA)		

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 015455972395

RENAVAM 20190000482600-3

VIA 1 0019236396-4 00/00000000 2019

NOME ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

CPF / CNPJ 04465171439 PLACA MOA4281/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2JC4220AR128206

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1ª

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 0 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 22/10/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA 0

LOCAL CAMPINA GRANDE-PB DATA 23/10/2019

33375 1431480

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015455972395 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 2019 DATA EMISSÃO 23/10/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 04465171439 PLACA MOA4281/PB

RENAVAM 00192363964 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2009 CAT. I/II 9 Nº CHASSI 9C2JC4220AR128206

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGADO PELO SEGURO

***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

1431480-1040580-20191023

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426777/19

Vítima: ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

CPF: 044.651.714-39

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 15/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO : 044.651.714-39

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: 02/12/2019
Nome: ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO
CPF: 044.651.714-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA