



Número: **0800361-89.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **13/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADIUCIA LOPES DE FIGUEIREDO (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34141815	10/09/2020 09:58	2747649_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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,

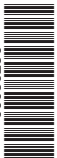
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15184747

Pag. 00499/00500 - carta_01 - INVALIDEZ

00030250





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00257/00258 - carta_11 - INVALIDEZ

00070129



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: ADILCIA LOPES DE FIGUEIREDO

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 FIGUEIREDO 6 - CPF: 044.651.714-39
7 - Profissão: Rua Profª MARIA HELENA MENDES 9 - Número: 139 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MAVINHAS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARANÁ 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 ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
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 nascituros)? ☐ 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: Campina Grande, PB, 02.12.2019

X ADILCIA LOPES DE FIGUEIREDO
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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
TESTEMUNHA	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Próx Ao Campo Real Campina
	Telefone: (83) 98202-8376
	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

Procedimento Policial: 12561.01.2019.2.00.401



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



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 aduicia Lopes de Figueiredo

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

PARTE

Exame de Lesão Corporal Nº 312.2019
(1) Aduicia 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.

Procedimento Policial: 12561.01.2019.2.00.401

2/3



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



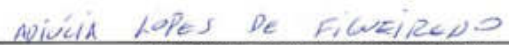
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Campina Grande/PB, 07 de novembro de 2019.



GILSON DE JESUS TELES
Delegado(a) de Polícia Civil



ADÍUCIA LOPES DE FIGUEIREDO
Noticiante



JOSENILDO SOUSA DE ALMEIDA
Agente de Investigação

Procedimento Policial: 12561.01.2019.2.00.401

3/3



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: ADILCIA LOPES DE FIGUEIRODO

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 FIGUEIRODO 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0493 6 CONTA: 1016142 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (ou resíduos)? ☐ 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, 02.12.2019

X ADILCIA LOPES DE FIGUEIRODO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



ADERALDO LOPES DE FIGUEIREDO
RUA PROFª MARIA HELENA DE MENEZES, 129/
CAMPINA GRANDE - PB CEP: 59400-000 (AQ-401)

Ligação MONOFÁSICA
Classe RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotômetro 11-401-870-2425 Referência Out / 2019
Medidor C1103222030 Emissão 18/10/2019

MALVIMAS

energisa

ENERGISA NORDESTE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Av. Des. Raimundo Adrya, 4790 - BR230 - KM 150 - Três milas
Campina Grande - PB CEP: 59421-720

CNPJ 09.526.596/0001-95 Ins. Est. 18.000.039-1
Nota Fiscal/Conta de Energia N004.903.207
Cód. para Deb. Automático: 00000042278

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

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

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

Canal de contato
Conecte a Dico, nossa atendente virtual do Whatsapp?
Ela pode te ajudar com informações sobre dados,
enviar a seguir da via da conta de energia e até fazer pedido
de fiação. Salve nosso número e
nos chama sempre que precisar. (53) 22125-5540

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
18/09/19	34797	18/10/19	34971	28

CC - Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base	Categoria	Valor	Base	Categoria	Valor
0001 Consumo em kWh	174.000	0,758190	131,92	131,92	27	35,82	131,92	143	0,39
0001 A.S.C. B. Verificação			2,94	2,94	27	1,05	2,94	0,04	0,12
0001 A.S.C. B. Anulação			2,42	2,42	27	0,55	2,42	0,02	0,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0001 CONTRIB. IM. PÚBLICA			18,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,30
0004 JUROS DE MORA 09/2019			0,32	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,30
0003 MULTA 09/2019			2,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,30
0001 REST. BANC. AMAR. RESIDENCIAL 09/2019			-1,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,30
TOTAL			157,18	134,26		37,33	134,26	143	0,39

CC: Código de Verificação do item: 0,807330
Tarifa de Tributos

VENCIMENTO 06/11/2019 **TOTAL A PAGAR R\$ 157,18**

Média últimos meses (kWh): 162

Histórico de Consumo (kWh)

134	135	141	142	142	150	153	157	154	145	142	136
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			
N/2019 - DISSEMINAÇÃO			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
D.C. MENSAL	5,55	1,00	N. UNAL
D.C. TRIMESTRAL	11,10		
D.C. ANUAL	22,21		
P.C. MENSAL	5,55	1,00	CONTRATADA
P.C. TRIMESTRAL	11,10		LIMITE INFERIOR
P.C. ANUAL	22,21		LIMITE SUPERIOR
C.M.C. LIGR	12,33	1,00	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Prof. da Empresa (D)	12,97	10,38
Serviços de Prof. da Empresa (E)	40,39	25,69
Consumo de Energia	6,12	3,89
Serviços de Transmissão	6,51	4,14
Impostos Diretos e Indiretos	64,35	41,20
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	157,41	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso



15/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2016039

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

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: 15/10/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: ADILCIA LOPES DE
FIGUEIREDO *37 ANOS* C GDE

Endereço:

CEP:

Nascimento: 31/12/1969

Sexo:

Telefone: 1510311932

Cidade:

Idade: 02019

Bairro:

Nome da Mãe: Agripina Correia

RG:

Nº: 0

Responsável:

CPF:

Profissão:

Estado Civil:

Data de

CNS:

Atend: 15/10/2019

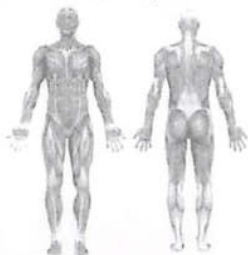
CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrisão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coritudo
15. F. Cortante
16. F. Certo-cortuso
17. F. Perfuro-cortuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Vencido
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otiorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Paratetania
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

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

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente trazida pelo SAM, mobilizada, adequada, sem
sinais de fratura por colisão moto-carro. Trauma de tórax.
Vozem copacete, não foi afetado. Apresenta dor cervical
+ dor em ombro a direita, intensa + desconforto em mobilização.
Ao exame: BTA normal + color cervical + dor cervical a mobilização
+ BTA normal, respiratório. MV B. AIT 5/11

ALERGIA:

Nega. O BTA normal, s/sangramento visível, per 2T BTA S/S.

MEDICAMENTOS:

Nega. O BTA normal, s/sangramento visível, per 2T BTA S/S.

PATOLOGIAS:

Nega. Não possui nenhuma doença (doença).

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: SatO2 95%

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia

() Gasometria arterial () Radiografias: Cervical

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: NCR / às 22h40min Dia 1/1

Especialista: Ortopedia / às 22h40min Dia 1/1

MÉDICO SOLICITANTE

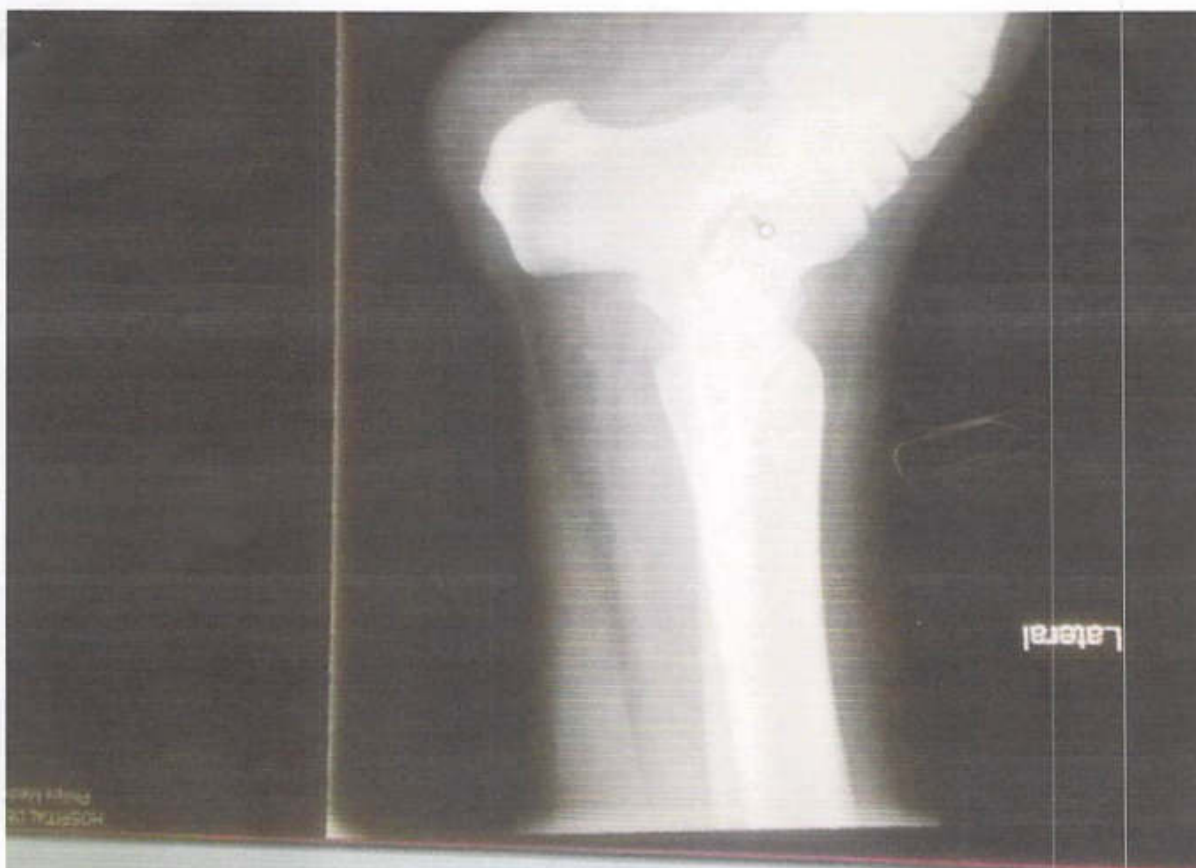
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

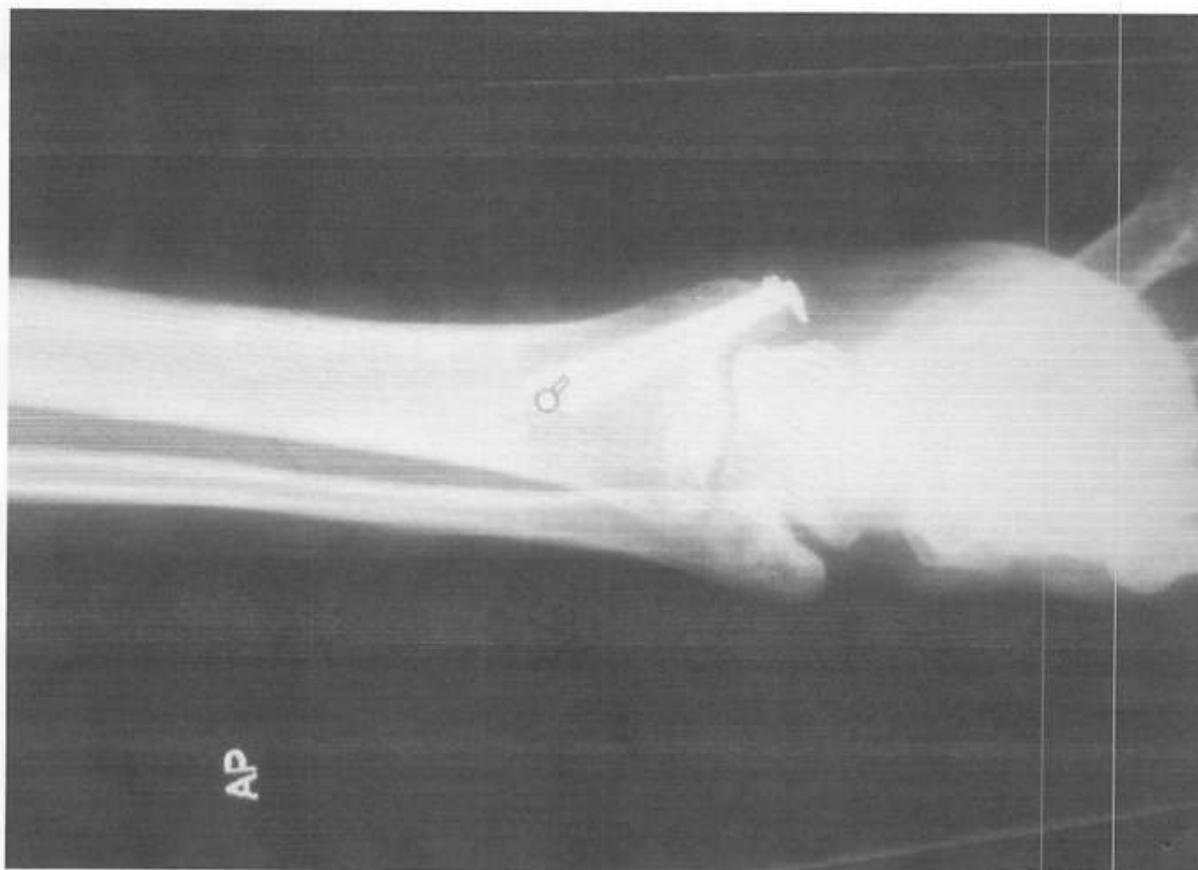
Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SA 01x 500mg, EV, agora	
2	Dipirone 1g + 40, EV, agora	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X
REALIZADO EM:
15/10/19.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:58:18
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009581786300000032655925
Número do documento: 20091009581786300000032655925





15/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

15/10/19 = NOME
22h

Visão de lesão maxilar

com capos / roga ingesto alcoolica
Sem sinais de alarme

Colongou 15/10/19, sem déficit focal

RC cervical: Sem fraturas ou lesões

CL: Alto do neurocrânio
Reno color cervical e Pondo

Reavaliação Cirurgia Geral, 23/10/2019:

Paciente segue no leito, retirado color
cervical pelo NCR. Nega desconforto respira-
tório ou abdominal. Apimo diminuído
na intensidade da cervicalgia + dor
em pé direito à mobilização.Ao exame: ECR alerta e orientado, hidratado,
eupneico, acianótico, anictérico.

AR: MV @ AHT 5/RA // AC: RCR 27 BNF S/S

Abd: Plano, depressível, indolor à palpação
profunda discretamente.

CD: Alta Cirurgia Geral

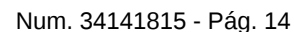
As unidades de Ortopedia.

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

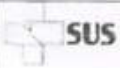
() Centro cirúrgico / () Alta hospitalar / () A revela
() Internação (setor) / () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL / () Óbito+ Maria Eduarda S. Gomes
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE

HTCG-Painel Administrativo

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				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				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 - Nº 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 DO 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 U.P.		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
		980016002867673		29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANA MARIA DA SILVA ANSELMO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/10/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dra. Ana Maria da Silva Anselmo MB Ortopedia - Traumatologia 7825	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			



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

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Adivcia Lopes

IDADE: 37 anos

SEXO: F

ENF/LEITO: 5

DATA: 30/10/19

2. HISTÓRIA PREGRESSA

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

() Tabagista () Etílica () Neoplasia () Drogas () Outros: _____ Medicamentos 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

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALIMENTAÇÃO: () 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: _____

INTEGRIDADE 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	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE
	(mmHg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
10:00	100/80	36.6	93	—	—	—	—	—	—	<u>Adivcia</u>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	





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
Boletim de Emergência (R.E) - Modelo 03

Data: 22/10/2019

NOME: Crismarcos Rodrigues da Silva



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)





● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.256.089/0001-79

0020

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

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
02	Parafusos Espingidos 4.0	
2	45 Roca Percut	
01	Amiela	

Dr. Enerlan Meira

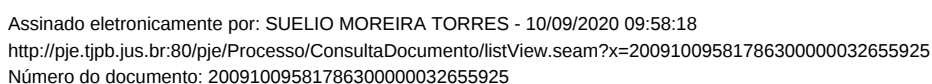
Ortopedia e Traumatologia

CRM - RJ 0900

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: 16/10/19

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: _____

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.: _____

REACÇÃO 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: _____

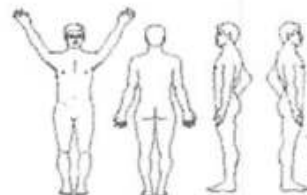
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

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
08h30	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: Audícia 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:

PERCEPÇÃO: () 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

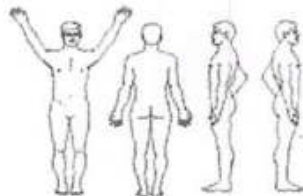
SENTIMENTO/ COMPORTAMENTOS: ☒ COOPERATIVO () OUTROS: _____

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
8:00	114x72	35.6	106	96	-	Exp	-	-	-	<u>RPA</u>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	



es

P = Área Vermelha / ortopedia

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

DNR
31/12/1969

PACIENTE:

Adinacio Lopes de Figueiredo

QI 00 LEITE Sala 3 CONVENIO SUS IDADE 37 anos REGISTRO 9016039

CIRURGIA Redução cirúrgica com fixação do MAF. CIRURGIÃO Dr. Djalles guencio

ANESTESIA Raquia + Sedação ANESTESIA Dr. Patrícia

INSTRUMENTADORA goni DATA 20/10/19 INICIO 11:00 FIM 12:40

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gontaga Fernandes

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS Qtd. FIOS CÓDIGO

Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostoma	Qtd.	Catgut cromado Sertix	
Atropina amp.		Calef. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
Diazepam amp.	10	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
Dimorfo amp.		Compressa Grande		Catgut Simples	
Dolantina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples Sertix	
Efrane ml		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
Fenegan amp.		Dreno		Catgut Simples Sertix	
Fentanil ml		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
Inova ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
Ketalar ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
01 Mefenamina Perada	01	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
Nubahin amp.		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
Pavulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
Protigmine amp.	0.5	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
Protóxido l/m		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak	
Quelicin ml		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
Thionembital ml		H ₂ O, ml		Mononylon	
Tracrium amp.		Intracath Adulto	02	Mononylon	4520
		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
		Luvas 8.5		Vicryl Sertix	
		Oxigênio l/m			
		Polifix			
		Polí Degemante ml			
		PVPI Tópico ml.			
		Sabão Antisséptico	01	SG Normotérmico fr 500 ml	
		Saco coletor		SG Geloso 500 ml	
		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
		Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml	
		Seringa desc. 05 ml	01	SG fr 500 ml	
		Sonda			
		Sonda folley	Qtd.		
		Sonda Nasogática			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Torneirinha			
		Vaselina ml			
		Gelcon 18			
		Latex			

Qtd. MEDICAÇÕES

04 Agua Destilada amp.					
01 Diclonon amp.					
01 Dipirona amp.	02				
Flaxidol amp.	02				
Flebocortid amp.					
Geramicina amp.					
Glicose amp.					
Glucon de Cálcio amp.					
Haemacel ml.					
Heparema ml.					
Kanaktion amp.					
Lasix amp.	04				
Medrotrinazol.	01				
Plasil amp.	02				
Prolamina	02				
Revivan amp.					
Stuplanon amp.					
Cefalotina 1g					

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

02 Agulha desc. 25 x 7					
02 Agulha desc. 28 x 28	02				
02 Agulha desc. 40 x 12					
02 Agulha p/ raque nº 21	05				
02 Alcool de Enfermagem					
Alcool Iodado ml.	04				
Ataduras de Crepon	10 cm				
Ataduras de Gessado	20 cm				
Azul metileno amp.	02				
Benzina ml					

SOROS

01	SG Normotérmico fr 500 ml	
	SG Geloso 500 ml	
	SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	SG Ringr fr 500 ml	
01	SG fr 500 ml	

ORTESE E PRÓTESE

02	Parafusos espessos	
02	Rolêto	
	Y=45	

EQUIPAMENTOS

(x) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	() Eletrocautério
() Desfibrilador	(x) Oxícapiógrafo
(x) Foco Frontal	(x) Cardiomonitor
() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Dr. Djalles guencio

MOD 006



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SALA 3

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																					
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Adriana Lopes de Figueiredo</u>			IDADE	SEXO	COR																					
DATA	20/01/19	PRESSÃO ARTERIAL	120/80	PULSO	73	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO																				
TIPO SANGÜÍNEO		HEMÁCIAS		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA																				
		URINA						OUTROS																				
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA		BRONQUITE																				
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA																						
AP. DIGESTIVO				DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO																						
ESTADO MENTAL				ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES																					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO FÍSICO		RISCO																				
ANESTESIAS ANTERIORES																												
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						APLICADA	AS	EFEITO																				
AGENTES ANESTÉSICOS	<table border="1"> <tr> <td>0'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>10:15</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>15:00</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>						0'							10:15							15:00							INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____
0'																												
10:15																												
15:00																												
LÍQUIDOS	<table border="1"> <tr> <td>0'</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>10:15</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>15:00</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>						0'							10:15							15:00							MANUTENÇÃO Propofol 1g - 20mg Diprivan 1g - 2g Narcoanal 1mg - 2mg Rantidol 50mg - 100mg Diclofenac 10mg - 20mg Fentanyl 100mg - 20mg
0'																												
10:15																												
15:00																												
CÓDIGOS	<table border="1"> <tr> <td>VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>						VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO							AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____							
VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO																												
AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO																												
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<table border="1"> <tr> <td>VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO</td> <td colspan="6"></td> </tr> </table>						VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO							AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____							
VP. ARTERIAL: O - RESPIRAÇÃO																												
AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO																												
POSICÃO	O - 1 - 2 - 3						Com cânula: _____																					
AGENTES	Propofol 5mg + Fentanyl + Narcoanal 13mg + Diprivan 100mg + 2g						PARO O LEITO: Sim _____ Não _____																					
TÉCNICA	Raque anestesia simples, AP2, p. unia, L3 - L4, 1/2 cateteres + cânulas						CONDIÇÕES:																					
OPERAÇÃO	Redução cirúrgica com fixação																											
CIRURGIÕES	Dr. J. V. M. + J. F.																											
ANESTESISTAS	Dra. Patrícia Lemos																											
OBSERVAÇÕES	J: 10:50 T: 11:40																											
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA																						

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:58:18

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009581786300000032655925

Número do documento: 20091009581786300000032655925

Num. 34141815 - Pág. 23



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Adriana Lopes de Figueiredo		Idade:	32 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:

Idioma português e orelhada, movimentando voluntária
mente os 4 membros. Sem sinais vitais do S.E.P.S

Assinatura Anestesiologista

Circulante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ADILCIA LOPES DE FIGUEIREDO

DOC. EXIBIDAÇÃO / ORG. EMISSOR DE
2664824 SSOS PB

CPF
044.651.714-39

DATA NASCIMENTO
15/03/1982

RESIDÊNCIA
ADERALDO LOPES DE
FIGUEIREDO
AGRIPINA CORREIA DE
ARAÚJO

PERMISSÃO **ACC** **CAT.VEIC.**
A

Nº REGISTRO
06521418692

VALIDADE
28/02/2020

1ª HABILITAÇÃO
04/12/2015

OBSERVAÇÃO

Adilcia Lopes de Figueiredo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
09/12/2016

Arualdo
ASSINATURA DO DETRAN

86051455160
PB033685770

DETRAN, PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1350669421

PROJETO PLASTIFICAR
1350669421



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015455972395
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 RENOVAÇÃO 20190000482600-3 EXERCÍCIO 2019
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 COMBUSTÍVEL 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 00/00/0000 1ª VENC. COTA ÚNICA 2ª VENC. COTAS 3ª

FADA LPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 22/10/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE FORTA OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA 0

LOCAL DATA
CAMPINA GRANDE-PB 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 DATA EMISSÃO
2019 23/10/20

VIA 1 CPF / CNPJ 04465171439 PLACA MOA4281/PB

RENOVAÇÃO MARCA / MODELO
00192363964 HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. CAT. TIRE Nº CHASSI
2009 9 9C2JC4220AR128206

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SERVIÇOS E SEGURO
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA 22/10/201

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

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.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/10/2019

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

