



Número: **0819446-61.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **22/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANNA KELI DE SOUSA ALVES (AUTOR)	EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37853 152	15/12/2020 11:42	<a href="#"><u>2774127_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos

**ANNA KIEL DE SOUSA ABREU**  
 SIT SERRA JOAQUIM VIE RA 3/N - AREA RURAL  
 S JOSE DA MATTA CAMPI NA FRANDE / PB CEP 58441000 (AG 401)  
 CPF/CNPJ/RANI 082.171.484-47



Grupo CONVENCIONAL EAI/4 TENSÃO / Subgrupo B2  
 Classe: RUR MTC B2 / Subclasse: RURAL RESIDENCIAL  
 Ligação: MONOFASICO  
 Rotero: 1-405-508-4190 - 1<sup>a</sup> Medidor 00008054289

 UNIDADE CONSUMO  
**4/107169-5**

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 000

 <b>VALOR DA FATURA</b> <b>R\$ 13,20</b>	 <b>VENCIMENTO</b> <b>10/06/2020</b>
 <b>REFERÊNCIA</b> <b>Jun / 2020</b>	 <b>CONSUMO</b> <b>0kWh</b>

**SITUAÇÃO DE DÉBITOS**

		<u>FATURAS EM ATRASO</u>			
		Maio/20	Abri/20	Mar/20	Fev/20

**DESCRITIVO**

CGI	Descrição	Quant.	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc. Total (R\$)	ICMS (R\$)	Alíq. (%)	ICMS Base Calc. (R\$)
0001	Custo de Distribuição			13,00	0,00	0	13,00
0512	Boleto			2,85	0,00	0	2,85
0006	LANÇAMENTO DE R\$ 13,20			0,00	0,00	0	0,00
0006	Descrição: LANÇAMENTO DE R\$ 13,20			0,00	0,00	0	0,00

Scanned by TapScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>  
 Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 - Pág. 1



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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Anna Karla Souza Alves,  
PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº \_\_\_\_\_

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

Campina Grande 01 / 06 / 2020

Ass. do médico - Nº. do CRM

*Paulo Henrique  
CRM-PB 10733*

AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável

Scanned by TapScanner




**RESUMO DE ALTA**  
 Nome do Paciente: ANA KELE DE SOUSA ALVES  
 Data da Internação: 28/05/2020 Data da Alta: 01/06/2020  
 Registro: 2161075  
 Tempo de Permanência: 18411  
 Diagnóstico Inicial: FRATURA DE RÁDIO DISTAL  
 Diagnóstico Final:  
 Principais Exames: NÃO  
 Cirurgia: OSTEOSINTSESE Data:  
 Equipe:  
 Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR  
 Aux 1:  
 Aux 2:  
 Aux 3:  
 Aux 4:  
 Anestesista:  
 Medicamentos: NÃO  
 Infecção F.O: NÃO  
 Coleta de Material: NÃO  
 Bacteriologia: NÃO  
 Anatomopatológico: NÃO  
 Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM INTERCORRENCIAS  
 Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATORIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR CARGA COM O MEMBRO CIRURGIADO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MÉDICO, ENCAMINHADA A FISIOTERAPIA  
 Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO E ANALGÉSICO  
 Condições de Alta: Melhorado  
 Data: 01/06/2020 Assinatura/Carimbo  
 Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Scanned by TapScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>  
 Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 - Pág. 3



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

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

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

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

DIA 01/06/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

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

### Evolução

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

3DIH 1 DPO

PACIENTE SUBMETIDA A OSTEOSINTSE DE FRATURA DE RADIO DISTAL  
CD: ALTA HOSPITALAR VIDE RESUMO DE ALTA

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

*Nattan Rozendo*  
MÉDICO  
CRM-PB 10753





## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ANA KELE DE SOUSA ALVES

Data da Internação: 28/05/2020 Data da Alta: 01/06/2020

Registro: 2161075

Tempo de Permanência: -18411

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE RÁDIO DISTAL

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTSESE Data:

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: NÃO

Infecção F.O: NÃO

Coleta de Material: NÃO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

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

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

Medicações para Casa:: CIPROFLOXACINO E ANALGÉSICO

Condições de Alta:: Melhorado

Nattan Santos Rozendo  
De Oliveira  
01/06/2020

Data: 01/06/2020

Assinatura/Carimbo  
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL : Nattan Santos Rozendo De Oliveira





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



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2161056 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/05/2020  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : acolhimento

PACIENTE: ANA KELE DE SOUSA CEP:58400002 Nascimento:15/10/1986

## ALVES

Endereço: R JOSE ALIPIO DO NASCIMENTO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: MARIA CONCITA DE SOUSA

Responsável: MARIA CONCINTA

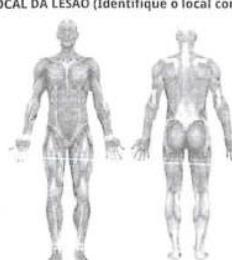
Estado Civil: Atestado:28/05/2020

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

## OBS FICHA:

## MECANISMOS DO TRAUMA

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



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

## OBS:

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

DIAGNÓSTICO / CID:

BARTON VORPE (E)

## HTCG-Painel Administrativo

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS ÚNICOS

*João Luiz de Oliveira  
Méd. de Moto  
Praça das Flores*

## ALERGIA:

## MEDICAMENTOS:

## PATOLOGIAS:

## EXAME FÍSICO

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

Glasgow \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Sat02 \_\_\_\_\_

## EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:

( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:

( ) Tomografia Computadorizada ( )

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Especialista: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ : Dia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## MÉDICO SOLICITANTE

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PREScrições e CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

*Vble Internacj*

Hallisson Barroso de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM: 18.9562

## ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

RAIO X  
REALIZADO EM:  
*28/05/20*

*Bartão Vorpe*  
CRM: 18.9562



8/2

EXAME SECUNDARIO / PARCEIRO MEDICO

0313/0083



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012151142101130000036107194>  
Número do documento: 2012151142101130000036107194

Num. 37853152 - Pág. 7



Governo do Estado  
**PARAÍBA**

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

Data: 28/05/2020

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

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

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

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

SINTOMAS DE EMBRIGUÉZ : NÃO

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

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

ALERGIAS : NÃO  
MEDICAÇÃO EM USO :  
ESTADO GERAL : BOM  
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

#### SINTOMAS REFERIDOS

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

#### Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :  
AMARELO





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

CNPJ: 10.848.190/0001-55  
Data: 31/05/2020

Horas: 00:12:55

Médico(a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

5.1

### DADOS DO PACIENTE :

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

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

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

DIA 31/05/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, IFRASCO , 24h/24h (ADM AS 6h)	X
3	IPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, IAMPOLA, 6h/6h	X X X X X
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	CT
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	CT

### EVOLUÇÃO

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

I DIH

PACIENTE COM FRATURA DE RÁDIO DISTAL INTRA-ARTICULAR, SEM INTERCORRÊNCIA

CD: CIRURGIA PROGRAMADA PARA HOJE

### ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo  
MÉDICO  
CRM-PB-107194



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>

Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 - Pág. 9

31.05.2020

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

Kada Bastos da Cunha  
COREN-PB 04.102-TE





Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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

## PREScrição MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

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

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

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

DIA 31/05/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO , 24h/24h (ADM AS 6h)	06
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. IFRA AMP, 12h/12h 0D/1D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 18
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	15 18 24 06
5	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP, FAZER SE NECESSARIO 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18 21.
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	
7	CURATIVOS 24h/24h (ADM AS 6h)	7/05

Arrume e Trava corrente  
y sucesso, sem interconexões  
Co - M control

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior  
Ortopedista/Traumatologista  
Ortopedia do Nordeste  
CRM-PB 2110 - TEOF-15263





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mst. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.  
NOME: Agnaldo Lima Pereira Junior

CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Data: 31/05/2020



Número do Prontuário: 192613

DATA DA CIRURGIA: 31/05/2020

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

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ANA KELE DE SOUSA ALVES

Data da Internação: 28/05/2020

Atendimento: 2161075

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DE RÁDIO DISTAL E

Diagnóstico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSÍTESE Data da Cirurgia: 31/05/2020

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1: TAMMER

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: JOSE

Anestesista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 1- PACIENTE EM DDH

2- ASSEPSIA + AS + CAMPOS ESTÉREIS

3- ACESSO DE HENRY

4- DISSECÇÃO POR PLANOS

5- NEURÓLISE DO N. MEDIANO

7- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA

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

9- SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Data: 31/05/2020

Assinatura/Carimbo  
Agnaldo Lima Pereira Junior

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>  
Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 - Pág. 12



Sistema  
Único de  
Saúde



**ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES**

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

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

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

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

PACIENTE: ANA KELE DE SOUSA ALVES

Identidade: \_\_\_\_\_ Idade: 033

ENDERECO: R JOSE ALIPIO DO NASCIMENTO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: SAO JOSE DA MATA

Nº 2161075

DADOS CLÍNICOS: pósop ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

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

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

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

Médico: Agnaldo Lima Pereira Junior



Sistema  
Único de  
Saúde



**ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES**

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

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

ENDEREÇO: AVENIDA FLORIANO PEIXOTO, 4700

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

PACIENTE: ANA KELE DE SOUSA ALVES

Identidade: \_\_\_\_\_ Idade: 033

ENDERECO: R JOSE ALIPIO DO NASCIMENTO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: SAO JOSE DA MATA

Nº 2161075

DADOS CLÍNICOS: pósop ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

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

RADIOGRAMA  
REALIZADO EM:  
31/05/2020  
Dr. Agnaldo Lima P. Junior  
Ortopedista/Traumatologista  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 9116 - TEOT-15263

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

Médico: Agnaldo Lima Pereira Junior



LEGENDA PARA SINALIZAÇÃO DE ACESSOS/DRENOS/LOCALIZAÇÃO DA CIRURGIA							
AVP - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	DT - DRENO TORÁCICO						
AVC - ACESSO VENOSO CENTRAL	DP - DRENO PENROSE						
IC - INCISÃO CIRÚRGICA							
C - COLOSTOMIA							
N - NEFROSTOMIA							
PB - LOCALIZAÇÃO DA PLACA DE BISTURI							
PAI - PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA							
DVE - DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA							
DB - DRENO DE BLAKE							
RESPONSÁVEIS DE SALA/REGISTRO NO CONSELHO:		PACIENTE ENCAMINHADO: ( ) SRPA ( ) UTI ( ) ENFERMARIA ( ) OUTRO:					
EQUIPE DE TRANSPORTE:		HORA DE ADMISSÃO:					
<b>PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO- SRPA</b>							
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> ACORDADO ( ) SONOLENTO ( ) ACORDA QUANDO CHAMA ( ) DORMINDO						
ESCALA DE DOR (CIRCULE O NÚMERO)	0 1 2	3 4 5 6			7 8 9 10	INTENSA	
TROCADO CURATIVO	( ) SIM / VEZES ( ) NÃO	MOTIVO:					
DESPREZADO DRENAGEM DE SONDA E/OU DRENO	( ) SIM / VEZES ( ) NÃO	VOLUME TOTAL:					
DESPREZADO DIURESE	( ) SIM / VEZES ( ) NÃO	ASPECTO/COR:					
VOLUME TOTAL:				ASPECTO/COR:			
SINAIS VITais							
HORA/SSVV	FC	P.A.	TEMPERATURA	FR	SpO2	HGT	
10:05	81 bpm	138/74	-	-	97%	Urtigado	
10:30	76 bpm	129/72	-	-	97%	Urtigado	
11:00	79 bpm	130/61	-	-	98.1%	Urtigado	
ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK							
HORA	CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	SATURAÇÃO	CIRCULAÇÃO	ATIVIDADE	I.A.K. / TOTAL	
ENTRADA: 10:05 Desorientado							
SAÍDA:							
INTERCORRÊNCIAS NA SRPA							
( ) NÁUSEAS	( ) VÔMITOS	( ) SANGRAMENTOS	( ) DOR	( ) ALTERAÇÃO P.A.	( ) ALTERAÇÃO F.C.	( ) TREMORES	
( ) EDEMAS	( ) BEXIGOMA	( ) DESSATURAÇÃO	( ) HIPERTERMIA	( ) ANAFILAXIA	( ) PCR REVERTIDA	( ) ÓBITO	
AValiação de ENFERMAGEM: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA							
TRANSFERIDO PARA: ( ) ENFERMARIA /LEITO:	( ) UTI/LEITO:	ALTA DO SRPA: ( ) SIM ( ) NÃO	ALTA HOSPITALAR: ( ) SIM ( ) NÃO				
OUTRO:							
PRESCRIÇÃO MÉDICA:	( ) SIM ( ) NÃO						
DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA:	( ) SIM ( ) NÃO						
REQUISIÇÃO EXAMES:	( ) SIM ( ) NÃO						
REQUISIÇÃO ANÁTOMO-PATOLÓGICO:	( ) SIM ( ) NÃO						
REQUISIÇÃO CULTURA:	( ) SIM ( ) NÃO						
RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO:						DATA/HORA:	

AValiação de ANESTESIA: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA

<i>Destino = Amarela</i> <i>anestesia hoy @</i>		<i>Dr. Mario da Silveira de Oliveira</i> <i>CRM 01/10104</i> <i>CPF 675 282 264-09</i>
RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO:	ALTA DA SRPA	
	DATA/HORA:	





## FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

PACIENTE: **DWIS KLE DE SOUSA ALVES** IDADE: **33**  
 DATA DE CHEGADA NO CC: **31/05/2020** HORA: **08:25**  
 CIRURGIA PROGRAMADA: **Bentão Vales** CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: **Dr Tomaz**

## ACOLHIMENTO

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

## TRANSOPERATÓRIO

SALA:

POSICIONAMENTO:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) DECÚBITO DORSAL ( ) DECÚBITO VENTRAL ( ) DECÚBITO LATERAL ( ) LITOTÔMICA ( ) GENUPEITORAL ( ) OUTRAS:
PLACA DE BISTURI:	( ) SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO LOCAL:
EQUIPAMENTOS:	( ) BISTURI ELÉTRICO ( ) MICROSCÓPIO ( ) TORRE VDL ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ARCO CIRÚRGICO ( ) LASER ( ) OUTROS:
USO DE COXINS:	( ) SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO LOCAL:

## SEGUNDA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

( <input checked="" type="checkbox"/> ) TODOS OS MEMBROS DA SALA SE CONHECEM	( <input checked="" type="checkbox"/> ) NOME DO PACIENTE ( ) LOCAL DO PROCEDIMENTO
( <input checked="" type="checkbox"/> ) PASSOS CRÍTICOS DA CIRURGIA; DURAÇÃO ESTIMADA: _____	( <input checked="" type="checkbox"/> ) CIRURGIA PROGRAMADA
( <input checked="" type="checkbox"/> ) PREOCUPAÇÕES EM RELAÇÃO A ANESTESIA	( <input checked="" type="checkbox"/> ) PROFILAXIA ANTIMICROBIANA COM _____ ( <input checked="" type="checkbox"/> ) EXMES ESSENCIAIS DISPONÍVEIS DA S.O.

## MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

HORA: <b>09:00</b>	Fentil	HORA:
HORA: <b>09:00</b>	midazolam	HORA:
HORA: <b>09:00</b>	Dipirona	HORA:
HORA: <b>09:00</b>	ciprofloxacin	HORA:
HORÁRIO	PA	F.C
ADMISSÃO NA S.O.: <b>09:00</b>	106x58	97bpm
9:50	121x64	93bpm
FIM DA CIRURGIA: <b>10:00</b>		99%

## PROCEDIMENTOS

## REALIZADO POR:

## DRENOS E CANULAS

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

## TERCEIRA ETAPA DO CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

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

OBSERVAÇÕES DE SALA:  
 INTEGRADORES DOS MATERIAIS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																							
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Ana Kelly da Souza Alves</i>			IDADE <i>33</i>	SEXO <i>F</i>	COR <i>: :</i>																							
DATA <i>31-05-2020</i>		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																							
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS																							
		URINA																												
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE																								
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																									
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO																									
ESTADO MENTAL			ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES																								
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO																								
ANESTESIAS ANTERIORES																														
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO																								
<p><i>01:00 10:00</i></p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</td> <td>OF</td> <td>SpO<sub>2</sub></td> <td>EKG</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td><i>SpO<sub>2</sub></i></td> <td><i>79</i></td> <td><i>79</i></td> <td><i>79</i></td> <td><i>79</i></td> <td><i>79</i></td> <td><i>79</i></td> </tr> <tr> <td>LÍQUIDOS</td> <td colspan="7"><i>250</i></td> </tr> </table>								AGENTES ANESTÉSICOS	OF	SpO <sub>2</sub>	EKG					<i>SpO<sub>2</sub></i>	<i>79</i>	<i>79</i>	<i>79</i>	<i>79</i>	<i>79</i>	<i>79</i>	LÍQUIDOS	<i>250</i>						
AGENTES ANESTÉSICOS	OF	SpO <sub>2</sub>	EKG																											
	<i>SpO<sub>2</sub></i>	<i>79</i>	<i>79</i>	<i>79</i>	<i>79</i>	<i>79</i>	<i>79</i>																							
LÍQUIDOS	<i>250</i>																													
<p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosses: _____</p> <p>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cetaprolina 2g</li> <li>- Dexamefetamina 6mg</li> <li>- Andarilho 500</li> <li>- Dexamex 2g</li> </ul>																														
<p>ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____</p> <p>Não, por quê? _____</p>																														
<p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: _____</p> <p>Obstr.: _____ Co<sub>2</sub>: _____ Excit.: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p>																														
<p>Com cânula:</p> <p>Paro o Leito Sim _____ Não _____</p>																														
<p>CONDIÇÕES:</p>																														
<p>POSIÇÃO</p>																														
<p>AGENTES <i>Fentanil 0,04 mcg/kg - 300 - Bupivacaina 4% 1000</i></p>																														
<p>TÉCNICA <i>bloqueio de Plexo braquial por via entoracônica</i></p>																														
<p>OPERAÇÃO <i>Tratamento cirúrgico de fratura de perna</i></p>																														
<p>CIRURGIOS <i>Ajusquillo</i></p>																														
<p>ANESTESISTAS <i>José Edimilson de Oliveira Bessa</i></p>																														
<p>OBSERVAÇÕES <i>Anestesiologista</i></p>																														
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS					PERDA SANGUÍNEA																									

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10

Assinado eletronicamente por: SUELIC MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511121011300000036107194>

Número do documento: 20121511431011300000036107194

Num. 37853152 Pág. 16







CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/05/2020

Horas: 08:00:26

Médico(a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

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

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

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

DIA 30/05/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

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

### EVOLUÇÃO

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

1 DIH

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

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo  
30/05/2020

**3hrs Dieta a partir da meia noite de Hoy**





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

### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ANA KELE DE SOUSA

Idade 33

Sexo F

Enf/Leito 5/1

### 2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivos: Alergias ( ) Qual?

Doenças: ( ) HAS ( ) DM

( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicações em uso:

### 3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: \_\_\_ DIAGNÓSTICO MÉDICO: Ex-BARTON VOLAR E

### 4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

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

MOBILIDADE FÍSICA: ( ) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

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

### PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA:  TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO:  REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

EDEMA: ( ) LOCAL OBS: \_\_\_\_\_

### 5. ATUAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

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

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: ( ) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO URINÁRIA:  ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

### 6. INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE:  NORMOCORADA ( ) HIPOCORADAPELE:  INTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

localização anatômica da ferida; Curativo em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

### 7. CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

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

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIA DE RODAS

SONO / REPOUSO:  PRESERVADO ( ) INSÔNIA

### 8. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSOCIAIS

COMUNICAÇÃO:  PRESERVADA ( ) PREJUDICADASILENCIAMENTO/COMPORTAMENTOS:  COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

### 9. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

### 10. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA (mmHg)	T (°C)	FC/P (bpm)	SPO2 (%)	GLICEMIA (mg/dL)	DIURESE (ml)	DÉBITO DE DRENO(ml)	DOR (0a10)	PESO (Kg)	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
19:00	100/60	80								<i>Rodrigo</i>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

### ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:



#### 8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	CARACTERÍSCAS DEFINIDORAS
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) ANSIEDADE ( ) DOR ( ) FADIGA ( ) OBESIDADE ( ) OUTRO	( ) ALTERAÇÕES NA PROFUNDIDADE RESPIRATÓRIA ( ) DISPNEIA ( ) BATIMENTO DE ASA DE NARIZ ( ) ORTOPNPÉIA ( ) OUTRO
DEFÍCIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO	( ) PREJUIZO NEUROMUSCULAR ( ) DOR ( ) OUTRO	( ) INCAPACIDADE DE ACESSAR O BANHEIRO ( ) INCAPACIDADE DE LAVAR O CORPO
DOR AGUDA	( ) AGENTES LESIVOS (EX: BIOLÓGICOS, QUÍMICOS) ( ) OUTROS	( ) ALTERAÇÕES NA PRESSÃO SANGUÍNEA ( ) RELATO VERBAL DE DOR
HIPERTERMIA	( ) ANESTESIA ( ) DESIDRATAÇÃO ( ) TRAUMA ( ) OUTRO	( ) AUMENTO DA TEMPERATURA CORPORAL ACIMA DOS PARÂMETROS NORMAIS ( ) TAQUICARDIA ( ) TAQUIPNÉIA
MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	( ) ANSIEDADE ( ) DESCONFORTO ( ) RIGIDEZ ARTICULAR ( ) PREJUIZOS MÚSCULO-ESQUELÉTICO	( ) DIFICULDADE PARA VIRAR-SE ( ) MOVIMENTOS DESCONTROLADOS
RISCO DE INFECÇÃO	( ) AUMENTO DA EXPOSIÇÃO AMBIENTAL À PATÓGENOS ( ) PROCEDIMENTOS INVASIVOS ( ) OUTRO	
OUTRO		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	RESULTADOS ESPERADOS
( ) MANTER OXIMETRIA CONTÍNUA E ANOTAR VALORES DE SPO2 E COMUNICAR SE FOR MENOR QUE 95%	SEMPRE	( ) MELHORAR PERFUSÃO TISSULAR ( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO EFICAZ
( ) OBSERVAR E ANOTAR CONDIÇÕES DE PERFUSÃO PERIFÉRICA		
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE CHUVEIRO		( ) AUXÍLIO DIÁRIO ÀS NECESSIDADES DE HIGIENE
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO (SN) E LAVAGEM DO CABELO		
( ) EXPLICAR AO PACIENTE AS POSSÍVEIS CAUSAS DA DOR		( ) CONTROLE DA DOR (MELHORADA OU AUSENTE)
( ) AVALIAR CARACTERÍSTICAS, INTENSIDADE E LOCAL DA DOR		
( ) AVALIAR ALTERAÇÕES DE SINAIS VITAIS		
( ) ADMINISTRAR ANALGÉSICOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA E REAVALIAR A DOR APÓS ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO		
( ) APÓS ADMINISTRAR ANTITÉRMICOS, AVALIAR E REGISTRAR OS RESULTADOS		( ) MANUTENÇÃO DA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS LIMITES FISIOLÓGICOS
( ) INCENTIVAR A INGESTÃO DE LÍQUIDOS		
( ) ORIENTAR E ESTIMULAR A MOBILIZAÇÃO NO LEITO		( ) MOBILIDADE FÍSICA MELHORADA
( ) AUXILIAR O PACIENTE A DEAMBULAR CONFORME APROPRIADO		
X ( ) OBSERVAR LOCAL DA FERIDA E INSERÇÃO DO DISPOSITIVO VENOSO PARA SINAIS FLOGÍSTICOS	SEMPRE	( ) DIMINUIR O RISCO DE INFECÇÃO
X ( ) TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO À CADA 72HS		
OUTRO		

#### 9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

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

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

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

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

ASSINATURA E CARIMBO:

Cleanto Paulo Neto  
COREN-PB 000.439.489 - ENF





Somos todos  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Data da Impressão: 29/05/2020  
Horas da Impressão: 14:07:53  
Médico (a) Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

## PREScrição MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

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

5.3

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

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

DIA 29/05/2020

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

Dr. Matheus Pedroso  
MEDICO  
CRM-PB 12.369



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>  
Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 - Pág. 21

P.A.  
S010512040  
d: SA+O<sub>2</sub> = 98  
P: 65





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



**SUS**  
**Sistema**  
**Único**  
**de**  
**Saúde**

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

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

**HEMOGRAMA**

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

**Resultados**

Valores de Referências

**SÉRIE VERMELHA**

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

**SÉRIE BRANCA**

Leucócitos.....	5.300 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 à 12.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )
Neutrofílos.....	0	0
Promielóцитos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	4,0	212
Segmentados.....	58,0	3.074
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfocitos.....	36,0	1.908
Tipicos.....	0	0
Atípicos ou Reativos.....	2,0	106
Monocitos.....	2,0	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	154.000 mm <sup>3</sup>	140.000 à 400.000 mm <sup>3</sup>

OBSERVAÇÕES..... Contagens revisadas e confirmadas.

Material: SANGUE TOTAL

Método: RESISTIVIDADE - IMPEDÂNCIA - MICROSCOPIA

Carlos Felipe Souza de Miranda Beltrão  
Biomédico  
CRM 5409

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



**PNCQ**  
Programa Nacional  
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194  
Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 - Pág. 23

Emissão: 29/05/2020 08:33 - Página 1 de 2

28/05/2020

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2020-05-28&contar=2161075&IDC=114835



Saúde  
PARAÍBA  
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/05/2020

Horas: 17:55:00

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

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

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

5

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

DIA 28/05/2020

MÉDICO(A): Hallisson Barros De Almeida /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V, 1FRASCO , 12h/12h	30/30
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, FAZER SE NECESSARIO 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	
5	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	

### EVOLUÇÃO

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

### ORTOPEDIA

### ADMISSÃO

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

NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES.

NV : OK

CD:

VPM

INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO ELETIVO ORTOPEDICO

SOLICITO EXAMES PRE OP

TALA AXILO PALMAR MSE

ASSINATURA + CARIMBO  
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9561

10.1.1.148/projetohtcg/imprimevo.php?datasai=2020-05-28&contar=2161075&IDC=114835

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>  
Número do documento: 20121511421011300000036107194

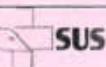
Num. 37853152 - Pág. 24

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

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			2 - CNES 2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			4 - CNES 2362856		
<b>Identificação do Paciente</b>					
5 - NOME DO PACIENTE <b>ANA KELE DE SOUSA ALVES</b>			6 - N° DO PRONTUÁRIO 2161075		
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO 15/10/1986		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA CONCITA DE SOUSA</b>			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) <b>R JOSE ALIPIO DO NASCIMENTO , 114 , SAO JOSE DA MATA</b>					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>			14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 250400	15 - UF PB	16 - CEP 58400002
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 1 H</b>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>NECESSITA CIRURGIA</b>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>RX + EXAME FÍSICO</b>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>BARTON VOLAR E</b>		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNACAO	28 - DOCUMENTO ( <input checked="" type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 706500355121696		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>HALLISSON BARROS DE ALMEI</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/05/2020	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Hallisson Barros de Almeida</i>		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>					
33 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA			37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - ( <input type="checkbox"/> ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADO    ( <input type="checkbox"/> ) EMPREGADOR	43 - AUTÔNOMO    ( <input type="checkbox"/> ) DESEMPREGADO			44 - APOSENTADO	45 - NÃO SEGURO
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO ( <input type="checkbox"/> CNS) ( <input type="checkbox"/> CPF)		47 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				



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



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANA KELE DE SOUSA ALVES

6 - N° DO PRONTUÁRIO

2161075

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/10/1986

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA CONCITA DE SOUSA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 83 N° DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO)

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

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - CÓD. IBGE

MUNICÍPIO

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

BARTON VOLAR E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA  
INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

HALLISSON BARROS DE ALMEI

31 - DATA DA  
SOLICITAÇÃO

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

28/05/2020

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA  
AUTORIZAÇÃO

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

4.296.184

19/11/2014

NOME

ANNA KELI DE SOUSA ALVES

FILIAÇÃO

FRANCISCO BORGES DE ABREU

MARIA CONCITA DÉ SOUSA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

15/10/1986

RIO DE JANEIRO-RJ

DOC ORIGEM

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

062 171 484-47

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

Scanned by TapScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>  
Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 - Pág. 27



Scanned by TapScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>  
Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 - Pág. 28

## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

**MOE5493****2020****[Imprimir Consulta]**

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

**CAMPINA GRANDE****02/09/2020**

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247361/20

**Vítima:** ANNA KELI DE SOUSA ALVES

**CPF:** 062.171.484-47

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/05/2020

**Titular do CPF:** ANNA KELI DE SOUSA ALVES

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**ANNA KELI DE SOUSA ALVES : 062.171.484-47**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANNA KELI DE SOUSA ALVES

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>  
Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 - Pág. 30



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

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200314801 Vítima: ANNA KELI DE SOUSA ALVES

**Data do Acidente:** 28/05/2020      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANNA KELI DE SOUSA ALVES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16090855



Pag 01401/01402 - Carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>  
Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 Pág. 31

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>  
Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 - Pág. 32



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0247361-20** 3 - CPF da vítima: **062 172 484-47** 4 - Nome completo da vítima: **ANNA KELI DE SOUSA ALVES**

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

5 - Nome completo: <b>ANNA KELI DE SOUSA ALVES</b>	6 - CPF: <b>062-172.484-47</b>		
7 - Profissão: <b>AGRICULTORA</b>	8 - Endereço: <b>SITIO SERRA JOAQUIM VIEIRA</b>	9 - Número: <b>51N</b>	10 - Complemento: <b></b>
11 - Bairro: <b>SAO JOSÉ DA MATA</b>	12 - Cidade: <b>CAMPINA GRANDE</b>	13 - Estado: <b>PR</b>	14 - CEP: <b>58442000</b>
15 - E-mail: <b></b>			16 - Tel.(DDD): <b>33-78749-5386</b>

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

DADOS CADASTRAIS	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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
	<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: <b>0041</b> CONTA: <b>00427031</b> (3)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> 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:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</li> <li>• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</li> </ul>

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalides 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 Lider 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

MORTE	23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
	25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
	28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deu nascituro (velho/a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO	34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	

40 - Local e Data, *foram Pessoas 02.09.20*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS





Scanned by Taxidocmer



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>  
Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 - Pág. 34

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
Nº 033814.01.2020.0.00.704

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

**Dados do(s) Fato(s):**

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

**Material(is) Envolvido(s)**

Placa de Veículo: MOE5493;

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

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

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

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

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

Anna Keli de Sousa Alves  
Anna keli de Sousa Alves

A380D8743F7AFDC1EB14B3255C3CESBA

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade desse pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: [www.delegaciadonline.pb.gov.br](http://delegaciadonline.pb.gov.br). Tel: (83) 3612-8612 (8h-18h). E-mail: [delegaciadonline@sedsp.pb.gov.br](mailto:delegaciadonline@sedsp.pb.gov.br).



Nº 033814.01.2020.0.00.704

1/1

Scanned by TapScanner



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0247361-20** 3 - CPF da vítima: **062 172 484-47** 4 - Nome completo da vítima: **ANNA KELI DE SOUSA ALVES**

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

5 - Nome completo:	<b>ANNA KELI DE SOUSA ALVES</b>		6 - CPF:	<b>062 172 484-47</b>
7 - Profissão:	<b>AGRICULTORA</b>	8 - Endereço:	<b>SITIO SERRA JOAQUIM VIEIRA</b>	
11 - Bairro:	<b>SAO JOSÉ DA MATA</b>		12 - Cidade:	<b>CAMPINA GRANDE</b>
13 - Estado:			14 - CEP:	<b>58441000</b>
15 - E-mail:	<b>33-98749-5386</b>			

### 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **0041** CONTA: **00427031** (3)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

*Jurua Pessoa 02.09.20  
Anna Keli de Souza Alves*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Serviço de Atendimento  
SAMU Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA:	28/5/2020	HORA:	18:19 HRS	ID Nº:	2006280153
NOME:	ANNA KELI DE SOUSA ALVES				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA JOSÉ ALFIO - SÃO JOSÉ DA MATA				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB				

### DADOS DA REMOÇÃO

Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma

Campina Grande, 10 de junho de 2020.

ENFERMAGEM: MNE 15313  
Descrição / Resumo:  
Comunicação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 Operações de Socorro Básico Móvel de Urgência  
Av. Almirante Barroso, 628 Bloco AEP, 58000-220 Centro/ PB  
Fone: (83) 3322-0001/ 3322-0111

Scanned by TapScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>  
Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 - Pág. 37

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANNA KELI DE SOUSA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 013000417031-3

---

Nr. da Autenticação D9E9DDA285C5FC3E



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/12/2020 11:42:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121511421011300000036107194>  
Número do documento: 20121511421011300000036107194

Num. 37853152 - Pág. 38