



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="#">2774127_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

ANNA KELI DE SOUSA ALFREU  
SIT SERRA JOAQUIM VIEIRA S/N - AREA RURAL  
S JOSE DA MATIA CAMPINA GRANDE / PB CEP: 58441000 (AG: 401)



CPF/CNPJ: 062.171.484-47

Grupo: CONVENCIONAL/EADE TENSÃO/Subgrupo: B2  
Classe: RUR MTG B2/Subclasse: RURAL RESIDENCI  
Ligação: MONOFÁSICO  
Roteiro: 1-405-408-419; 1º Medidor: 00008054289



UNIDADE CONSUMIDOR

4/107169-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 000



VALOR DA FATURA

R\$ 13,20



VENCIMENTO

10/06/2020



REFERÊNCIA

Jun / 2020



CONSUMO

0kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM A

Mai/20  
Abr/20  
Mar/20  
Fev/20

DESCRIPTIVO

CGI	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alug ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	ICMS Tributos (R\$)
0501	Custo de Depreciação de			13,00	0,00	0	0,00
0512	Suporte			2,85	0,00	0	0,00
	LANÇAMENTO DE FOLHA DE PAGA				0	0	0,00
0905	Despesa com Aluguel			2,85	0,00	0	0,00

Scanned by TapScanner





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): Anno Keli de Jesus 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 / 09 / 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

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o

Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico

modificado 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 RADIO DISTAL

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data:

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: NÃO

Infecção EO: 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





CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 01/06/2020

Horas: 09:32:42

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 - 4

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

DIA 01/06/2020

MÉDICO(A): Nattan Santos Rozendo De Oliveira /

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

### EVOLUÇÃO

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

3DIH 1 DPO

PACIENTE SUBMETIDA A OSTEOSINTESE 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



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





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  
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 03

**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Data: 01/06/2020  
NOME : Nattan Santos Rozendo De Oliveira



*Servico de*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

## 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 RADIO DISTAL

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data:

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: NÃO

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

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 Rozendo  
Médico  
CRM 107752

Data: 01/06/2020

Assinatura/Carimbo  
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL : Nattan Santos Rozendo De Oliveira



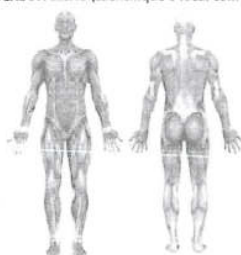
**ATENDIMENTO URGÊNCIA**  
**PRONT (B.E) Nº: 2161056 CLASS. DE RISCO: AMARELO**

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

**PACIENTE: ANA KELE DE SOUSA ALVES** CEP: 58400002 Nascimento: 15/10/1986  
 Endereço: R. JOSE ALÍPIO DO NASCIMENTO Sexo: F Telefone:  
 Cidade: Campina Grande Idade: 033 Bairro: SÃO JOSE DA MATA  
 Nome da Mãe: MARIA CONCITA DE SOUSA RG: Nº: 114  
 Responsável: MARIA CONCITA CPF: Profissão:  
 Estado Civil: Data de Atend: 28/05/2020 CNS: 88874  
 Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO Hora: 17:12:50 CONVÊNIO: SUS

**OBS FICHA:**  
**MECANISMOS DO TRAUMA**

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



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

**OBS:**

**QUEIMADURA:**  
 Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau  
**DIGNÓSTICO / CID:**

*BARTON TORRES* (E)

HTCG-Painel Administrativo

**EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS**

*For a internação quei de moto em queda de moto*

**ALERGIA:**

**MEDICAMENTOS:**

**PATOLOGIAS:**

**EXAME FÍSICO**

**PUPILAS** ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

**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	<i>Vide Internação</i>	
4		
5		
6		

*Helisson Barros de Almeida*  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 CRM - PB 9562

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:**

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

<b>Ass. do paciente ou responsável(quando necessário)</b>	
( ) Internação (setor) _____	
( ) Alta hospitalar / ( ) Já revêla _____	
( ) Obito _____	
( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____	
<b>DESTINO DO PACIENTE</b> / / às _____ hs.	
<b>SERVIÇOS REALIZADOS:</b>	
<b>CÓDIGO/PROCEDIMENTO</b>	
<b>CBO</b>	<b>IDADE</b>

EXAME SECUNDÁRIO / PARERER MÉDICO

28/05/2020

HTCG-Painel Administrativo







3/05/2020



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 : NAO  
DATA: 28/05/2020 HORA : 17:13:17

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

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

SINAIS DE EMBRIAGUEZ : NÃO

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

DIABETES ( ) SIM (X) NÃO HAS ( ) SIM (X) NÃO  
DEF. MOTORA ( ) 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 VISUAIS  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAIS  
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBILOS ( ) TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :  
AMARELO

10.1.1.148/projetohtcgl/impreclassi.php?contar=2161056&dataatend=2020-05-28&horaatend=17:13:17

3/3

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN  
acolhimento

Miquelly Vanessa P. Marcelino  
COREN - PB 369048-ENF



*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 31/05/2020

Horas: 00:12:55

Médico (a) / Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

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, 1FRASCO, 24h/24h (ADM AS 6h)	10
3	PIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 06 06
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, FAZER SE NECESSARIO 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 RADIO DISTAL INTRA-ARTICULAR, SEM INTERCORRENCIA  
CD: CIRURGIA PROGRAMADA PARA HOJE

ASSINATURA + CARIMBO

Nattan Santos Rozendo De Oliveira

Nattan Rozendo  
MÉDICO  
CRM-PB 107



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

31.05.2020

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

Kada Bastos da Cunha  
COREN-PB 24.102-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  
Clínica: 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, 1FRA AMP, 12h/12h OD/ID Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	12 06 24 06
4	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
5	TENOXCAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 1FRA AMP, FAZER SE NECESSARIO 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 24
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
7	CURATIVOS 24h/24h (ADM AS 6h)	7 12

União e Transição  
Y sucesso, sem intercorrências  
Ca = 14 controle

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-PA 0110 - TEOT-15263



Número do Prontuário: 192613 DATA DA CIRURGIA: 31/05/2020

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

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ANA KELE DE SOUSA ALVES

Data da Internação: 28/05/2020

Atendimento: 2161075

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE RADIO DISTAL E

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE 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

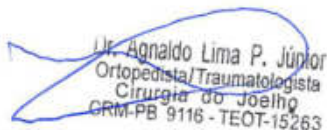
7- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA

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

9- SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Data 31/05/2020

Assinatura/Carimbo  
Agnaldo Lima Pereira Junior

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







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde



Sumos todos  
PARAÍBA  
Governo do Estado

## 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

ENDEREÇO: R JOSE ALÍPIO DO NASCIMENTO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: SAO JOSE DA MATA

Nº 2161075

DADOS CLÍNICOS: pósop ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

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

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior  
Ortopedista/Traumatologista  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 9118 - TEOT-15263

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

Médico: Agnaldo Lima Pereira Junior



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde



Sumos todos  
PARAÍBA  
Governo do Estado

## 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

ENDEREÇO: R JOSE ALÍPIO DO NASCIMENTO

PRONTUÁRIO:

BAIRRO: SAO JOSE DA MATA

Nº 2161075

DADOS CLÍNICOS: pósop ,

MATERIAL A EXAMINAR: ,

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

RAIO X  
REALIZADO EM  
31/05/2020

Dr. Agnaldo Lima P. Júnior  
Ortopedista/Traumatologista  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 9118 - TEOT-15263

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

Médico: Agnaldo Lima Pereira Junior



AVALIAÇÃO DE ANESTESIA: RELATO DE INTERCORRÊNCIAS E CONDUTAS NA SRPA	
<p>Destino = Amarela</p> <p>Emergência hoje @ 12/12/2017</p> <p>Dr. Maria da S. de Oliveira CRM 24110 CPF 675 282 284-04</p>	
RESPONSÁVEL/REGISTRO NO CONSELHO:	<p>ALTA DA SRPA</p> <p>DATA/HORA:</p>







## FICHA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

PACIENTE: <u>ANA KELE DE SOUSA ALVES</u>	IDADE: <u>33</u>
DATA DE CHEGADA NO CC: <u>31/08/2020</u>	HORA: <u>08:25</u>
CIRURGIA PROGRAMADA: <u>Barton Velez</u>	CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: <u>Dr. Tomaz</u>

## ACOLHIMENTO

ESTADO GERAL:	( ) GRAVE ( ) COMPROMETIDO ( ) REGULAR (X) BOM
PREPARO:	(X) JEJUM TEMPO DE JEJUM: <u>12h</u> ( ) RETIRADA DE PRÓTESES ( ) RETIRADA DE ADORNOS
ACESSO VENOSO:	(X) SIM ( ) NÃO (X) AVP ( ) AVC LOCAL: <u>MSD</u>
VENTILAÇÃO:	(X) AR AMBIENTE ( ) M.V. ( ) INTUBADO ( ) TQT
ANTECEDENTES:	( ) HIPERTENSÃO ( ) DIABETES ( ) DOENÇA RENAL ( ) AVC ( ) MARCAPASSO ( ) CONVULSÃO ( ) TABAGISTA ( ) ISOLAMENTO DE: _____ DEVIDO À: _____
MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO:	( ) SIM (X) NÃO
RESERVAS SANGÜÍNEAS:	( ) SIM ( ) NÃO ( ) CONC. HEMÁCIAS ( ) PLASMA ( ) PLAQUETAS ( ) CRIOPRECIPITADO
CIRURGIAS ANTERIORES:	QUANDO: _____
EXAMES PRE-OPERATÓRIOS:	( ) RISCO CIRÚRGICO (X) EX. LAB. (X) RAIOS-X ( ) USG ( ) TOMOGRAFIA
NECESSITA DE MARCAÇÃO DE LATERALIDADE:	( ) SIM ( ) NÃO LOCAL: _____

## PRIMEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

O CIRURGIÃO CONFIRMA: (X) IDENTIDADE (X) LOCAL DO PROCEDIMENTO	ALERGIAS CONHECIDAS: (X) NÃO ( ) SIM, DEVIDO A _____
(X) PROCEDIMENTO A SER REALIZADO	RISCO DE VIA AÉREA DIFÍCIL: (X) NÃO ( ) SIM
(X) VERIFICAÇÃO DE MATERIAL DE ANESTESIA	MATERIAL NECESSÁRIO EM S.O.: ( ) NÃO (X) SIM
(X) EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO	
RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA >500ML (7ML/KG EM CRIANÇA): ( ) SIM ( ) NÃO	(X) MATERIAL DISPONÍVEL EM S.O DENTRO DAS NORMAS DE ESTERILIZAÇÃO
OBSERVAÇÕES:	ACOLHIDO POR: <u>Kate</u>

## TRANSOPERATÓRIO

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

## SEGUNDA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

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

## MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO ANESTESISTA

HORA: <u>09:00</u> <u>Fentil</u>	HORA:		
HORA: <u>09:00</u> <u>Midazolam</u>	HORA:		
HORA: <u>09:00</u> <u>Dipriona</u>	HORA:		
HORA: <u>09:00</u> <u>Cipofloxacina</u>	HORA:		
HORÁRIO	PA	F.C	SPO2
ADMISSÃO NA S.O.: <u>09:00</u>	<u>106x58</u>	<u>97bpm</u>	<u>99%</u>
<u>9:50</u>	<u>121x64</u>	<u>93bpm</u>	<u>99%</u>
FIM DA CIRURGIA: <u>10:00</u>			

## PROCEDIMENTOS

( ) TQT n.º ( ) SNG n.º ( ) SNE n.º	REALIZADO POR:	DRENOS E CANULAS
( ) ACESSO CENTRAL TIPO: _____ LOCAL: _____		( ) PENROSE LATEX ( ) PENROSE SILICONE
(X) AVP: <u>MSD</u> CATETER N.º _____		( ) WATERMAN ( ) BLAKE
( ) PAM CATETER N.º _____ LOCAL: _____		( ) GUEDEL ( ) SUÇÃO
( ) SVD n.º _____ BALÃO COM _____ ml ABD ( ) SVA		( ) DRENO TORÁCICO ( ) DRENO DE MADIASTINO
		( ) IRRIGAÇÃO VESICAL

## TERCEIRA ETAPA DO CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

(X) NOME DO PROCEDIMENTO: <u>Trat. cirúrgico de Fratura Radio Distal</u>	(X) CONTAGEM DE COMPRESSAS <u>Não</u>
(X) ALGUMA PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE.	( ) MATERIAIS PARA EXAMES (X) NÃO ( ) SIM
QUAL: _____	
PROBLEMAS COM EQUIPAMENTOS: (X) NÃO ( ) SIM	
QUAL: _____	

OBSERVAÇÕES DE SALA:  
INTEGRADORES DOS MATERIAIS

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Ane Kali de Souza Alencar</i>			IDADE <i>33</i>	SEXO <i>F</i>	COR
DATA <i>31-05-2020</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
					URINA		
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA ÀS	EFEITO		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span><i>09:00</i></span> <span><i>10:00</i></span> </div>							
AGENTES ANESTÉSICOS	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><i>SPOL</i></span> <span><i>PA</i></span> <span><i>PA</i></span> <span><i>PA</i></span> </div>				INDUÇÃO		
ECG	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><i>PA</i></span> <span><i>PA</i></span> <span><i>PA</i></span> </div>				Satisf.: _____ Excl.: _____ Tosse: _____		
LIQUIDOS	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span><i>250ml</i></span> </div>				Laríngeo espasmo: _____ Lenta: _____		
CÓDIGOS VP-ARTERIAL; O-PULSO; O-RESPIRAÇÃO AX-ANESTESIA; O-OPERAÇÃO					Náuseas: _____ Vômitos: _____		
					Outros: _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					MANUTENÇÃO		
					<i>- Ceptaxolona 2g</i> <i>- Dexametasona 6m</i> <i>- Ondansetrona 8m</i> <i>- Dipirona 2g</i>		
POSIÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
AGENTES	<i>Fentanil 60mcg, midazolam 3mg - Bupivacaína 50mg, Raloxina 40 200</i>				Não, por quê? _____		
TÉCNICA	<i>bloqueio de pleuro braquial por via entorseolomica e axilar</i>				DESPERTAR		
OPERAÇÃO	<i>Tratamento cirúrgico de fratura de pulso</i>				Reflexos na SO: _____		
CIRURGIÕES	<i>Aguiar do</i>				Obstr.: _____ Co.: _____ Excl.: _____		
ANESTESISTAS	<i>João Antônio de Queiroz Bessa</i>				Náuseas: _____ Vômitos: _____		
OBSERVAÇÕES	<i>Anestesiologista</i>				Outros: _____		
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.					Com cânula: _____		
					Paro o Leito Sim _____ Não _____		
					CONDIÇÕES: _____		
					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



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. 16



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Ana Kely de Sousa Alves. DN: 15/10/1986					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	Sala 03	SUS	33.	2161075	
CIRURGIA: Trat. Cirúrgico de Fratura de Rádio Distal.			CIRURGIÃO: Dr. Aguiar, M. L.		
ANESTESIA: Bloqueio			ANESTESIA: Dr. Eudismar		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
		31/05/20	09:00	10:00	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	15		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.			Catgut Simples	
	Dolantina amp.			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.			Catgut Simples Sertix	
81	Fentanil ml			Cera p/ osso	
	Inova ml - midazolam			Ethibond	
	Ketalar ml			Ethibond	
	Mercaina % ml	01		Ethibond	
	Nubahin amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	05		Fio de Algodão Sutupak	
	Proxido l/m			Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	05		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		01	Mononylon	2.0.
	Thionembatal ml			Mononylon	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES			SOROS	
02	Água Destilada amp.	02		SG Normotérmico fr 500 ml	
02	Decadron amp.			SG Gelado fr 500 ml	
02	Dipirona amp.	02		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Flaxidol amp.	04		SG Ringr fr 500 ml	
	Flebocortid amp.			SG fr 500 ml	
	Geramicina amp.				
	Glicose amp.	300ml			
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml.				
	Heparema ml.				
	Kanakion amp.	05			
	Lasix amp.	05			
	Medrotilazol.	03			
	Plasil amp.	04			
	Prolamina	03			
01	Revivan amp. - Voltalene				
	Suptanon amp.				
	Cefalotina 1g				
02	Cyproheptadina				
01	Xilo e Vaso				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			ORTESE E PRÓTESE	
	Agulha desc. 25 x 7			03 SF Pl. Limpeza	
	Agulha desc. 28 x 28			01 Placa NT	
	Agulha desc. 3 x 4,5			04 parafusos corticais	
	Agulha p/ raque nº			Emprego Ma 2.	
05	Álcool de Enfermagem	05 e 10			
	Álcool Iodado ml	02 Adaptador p/ Soro			
03	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

Qtd.	EQUIPAMENTOS
X	Oxímetro de Pulso
( )	Foco Auxiliar
( )	Serra
( )	Eletrocautério
( )	Desfibrilador
( )	Oxicapnógrafo
( )	Foco Frontal
( )	Cardiomonitor
( )	Fonte de Luz
X	Perfurador Elétrico

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Luciana Ferreira Araújo  
Téc. de Enfermagem  
COREN - 227754

MOD 066







*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

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 /

OK  
OK

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

### 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 Santos Rozendo  
Médico  
30/05/2020

~~Dieta zero a partir de meia noite de Hoje~~



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. 18

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: \_\_\_\_\_ Medicamentos em uso:

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO MÉDICO: FX. 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.: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

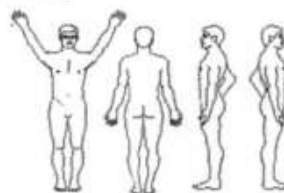
INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

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

SUporte/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)	(ml)	DRENO(ml)	(0a10)	(Kg)			INSERÇÃO
12:00	100/60		80							<i>[Assinatura]</i>	SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

ANOTAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS DE ENFERMAGEM:

COPIA PARA O  
CURSO DE ENFERMAGEM  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ





# 8. DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

# 9. RISCO DE QUEDA (ESCALA DE MORSE)

HISTÓRIA DE QUEDA NESTE INTERNAMENTO OU NOS ÚLTIMOS 3 MESES? ( ) SIM ( ) NÃO  
 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO? ( ) SIM ( ) NÃO AJUDA PARA CAMINHAR? ( ) SIM ( ) NÃO  
 TERAPIA INTRAVENOSA? ( ) SIM ( ) NÃO ESTADO MENTAL? ( ) AGITADO ( ) DISTÚRBO NEUROLÓGICO  
 POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA? RISCO DE QUEDA? ( ) SIM ( ) NÃO  
 ASSINATURA E CARIMBO:

*Cleante Paulo Neto*  
 COREN-PE 000.439.489 - ENF





*Somos todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Data da Impressão: 29/05/2020

Horas da Impressão: 14:07:53

Médico (a) Diarista : Matheus Pedroso Cavalcanti De Souza

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

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

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

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

DIA 29/05/2020

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

Dr. Matheus Pedroso  
MÉDICO  
CRM-PB 12.369



P. D.  
30/05/2020  
Ch: SA+O<sub>2</sub> : 98  
P: 65





Sr(a): ANA KELE DE SOUSA ALVES      Protocolo: 0000529355      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): HALLISSON BARROS DE ALMEIDA      Data: 29-05-2020 06:58      Origem: AREA VERDE  
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES      Idade: 33 anos      Destino: AREA 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> (%)	(/mm <sup>3</sup> )	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos			
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	4,0	212	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm <sup>3</sup>
Segmentados.....	58,0	3.074	0 à 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Basófilos.....	0	0	
Linfócitos			
Típicos.....	36,0	1.908	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm <sup>3</sup>
Atípicos ou Reativos.....	0	0	
Monócitos.....	2,0	106	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

*CFB*  
**Carlos Felipe Souza de Miranda Brito**  
Biomédico  
CRM 5405

Impresso : 29/05/2020 06:33 - Página 1 de 2

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 07C5-31BD-1F8E-0DE9-A46D-176D-828B-54CF



28/05/2020

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

Semos todos  
**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

Clínica: 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	
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

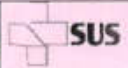
INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO ELETIVO ORTOPEDICO

SOLICITO EXAMES PRE OP

TALA AXILO PALMAR MSE

ASSINATURA + CARIMBO  
Hallisson Barros De AlmeidaHallisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 0561

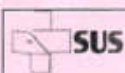
Data da internação: 28/05/2020 Hora: 17:50:29

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				<b>2 - CNES</b>	
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				<b>4 - CNES</b> 2362856	
<b>Identificação do Paciente</b>					
<b>5 - NOME DO PACIENTE</b> ANA KELE DE SOUSA ALVES				<b>6 - Nº DO PRONTUÁRIO</b> 2161075	
<b>7 - CARTÃO DO SUS</b>		<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b> 15/10/1986		<b>9 - SEXO</b> Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b> MARIA CONCITA DE SOUSA				<b>11 - TELEFONE DE CONTATO</b> 83	
<b>12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</b> R JOSE ALÍPIO DO NASCIMENTO , 114 , SAO JOSE DA MATA					
<b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b> Campina Grande				<b>14 - CÓDIGO MUNICIPAL</b> 250400	
		<b>15 - UF</b> PB		<b>16 - CEP</b> 58400002	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
<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</b>		<b>22 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>	
<b>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>					
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				<b>25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	
<b>26 - CLÍNICA</b>		<b>27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO</b> URGENTE		<b>28 - DOCUMENTO</b> (X) CNS ( ) CPF	
				<b>29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> 706500355121696	
<b>30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> HALLISSON BARROS DE ALMEI				<b>31 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b> 28/05/2020	
<b>32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>					
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>					
<b>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>		<b>36 - CNPJ DA SEGURADORA</b>		<b>37 - Nº DO BILHETE</b>	
<b>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>		<b>39 - CNPJ EMPRESA</b>		<b>40 - CNAE DA EMPRESA</b>	
<b>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>				<b>41 - CBOR</b>	
<b>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b> ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
<b>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>44 - COD. ORGÃO EMISSOR</b>		<b>49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>45 - DOCUMENTO</b> ( ) CNS ( ) CPF		<b>46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>			
<b>47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b> / /		<b>48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>			





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 - Nº DO PRONTUÁRIO  
2161075

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO  
15/10/1986

9 - SEXO  
Masc ☐ Fem ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
MARIA CONCITA DE SOUSA

11 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DE TELEFONE  
083 83

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
R JOSE ALIPIO DO NASCIMENTO, 114, SÃO JOSE DA MATA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Campina Grande

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO  
250400

15 - UF  
PB

16 - CEP  
58400002

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 1 H

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
NECESSITA CIRURGIA

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
RX + EXAME FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
BARTON VOLAR E

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
INTERNAÇÃO

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF  
706500355121696

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
HALLISSON BARROS DE ALMEI

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
28/05/2020

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CBOR

41 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	4.296.184	DATA DE EXPEDIÇÃO	19/11/2014
NOME	ANNA KELI DE SOUSA ALVES		
FILIAÇÃO	FRANCISCO BORGES DE ABREU MARIA CONCITA DE SOUSA		
NATURALIDADE	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 Nº 7.116 DE 29/08/83		

Scanned by TapScanner







Scanned by TapScanner



## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOE5493

2020

\*\*\*\*\*

Imprimir Consulta

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



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247361/20

**Vítima:** ANNA KELI DE SOUSA ALVES

**CPF:** 062.171.484-47

**Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

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

**CPF de:** Próprio

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

### 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







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,

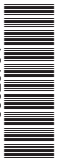
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 16090855

Pag. 01401/01402 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020701



## 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

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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0247361-20 3 - CPF da vítima: 062 171 484-47 4 - Nome completo da vítima: ANNA KELI DE SOUSA ALVES

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

5 - Nome completo: ANNA KELI DE SOUSA ALVES 6 - CPF: 062 171 484-47

7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: SÍTIO SERRA JOAQUIM VIEIRA 9 - Número: SIN 10 - Complemento:

11 - Bairro: SÃO JOSÉ DA MATA 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58442-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 33-98749-5386

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0041 03 CONTA: 00427031 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 02.09.20

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



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





Scanned by TapScanner





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 033814.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 033814.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 15:22 min do dia 15/06/2020, na Delegacia Online, **Anna keli de Sousa Alves**, nacionalidade Brasileira(a), profissão Recepcionista, natural de Rio de Janeiro, nascido(a) em 15/10/1986, idade 33, estado civil Casado (a), de cor Parda, filha(a) de Maria concia de Sousa e Francisco Borges de Abreu, CPF 062.171.484-47, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Serra Joaquim vicina, 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 rádio 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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Anna keli de Sousa Alves  
Anna keli de Sousa Alves

A380D8743F7AFDC1EB14B3255C3CE5BA

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel: (83) 3612-8612 (Bh-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.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: 062172484-47 4 - Nome completo da vítima: ANNA KELI DE SOUSA ALVES

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

5 - Nome completo: ANNA KELI DE SOUSA ALVES 6 - CPF: 062172484-47  
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: SÍTIO SEARA JOAQUIM VIEIRA 9 - Número: SIN 10 - Complemento:  
11 - Bairro: SÃO JOSÉ DA MATA 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PD 14 - CEP: 58442000  
15 - E-mail: 33-9849-5386 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: 0041 03 CONTA: 00417031 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 02.09.20

Anna Keli de Sousa Alves  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA:	28/5/2020	HORA:	18:19 HRS	ID Nº:	2005280153
NOME:	ANNA KELI DE SOUSA ALVES				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	RUA JOSÉ ALFARO - 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.

*[Assinatura]* HAT 19213

Declaro e Responsável  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192



# 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

