

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200373068

Vítima: REBECA THAYS ALVES PAULA

Data do Acidente: 15/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REBECA THAYS ALVES PAULA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: REBECA THAYS ALVES PAULA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000061464386-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 3 - CPF da vítima: 084893184-09 4 - Nome completo da vítima: Rebeca Thays Alves Paula

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

5 - Nome completo: Rebeca Thays Alves Paula 6 - CPF: 084893184-09
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Smdolgo Montencopo 9 - Número: 415 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Monte Castelo 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58406-100
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUV. PAGAMENTO S.A

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (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 (vaginasso)? ☐ 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

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,

Joos Pessoa 28/09/20
Rebeca Thays

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00303.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00303.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:19 horas do dia 05 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Rebeca Thays Alves Paula**, conhecido(a) por Rebeca, CPF nº 084.893.184-09, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Rute Farias Paulo e Antonio Alves da Costa, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 23/08/2002 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Sindolfo Montenegro, Nº 415, complemento CASA, bairro Santo Antônio, tendo como ponto de referência Próximo do Estádio Plínio Lemos, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua João da Mata, nº S/N, Via Pública, Próximo da Farmácia "paguc Menos", Campina Grande/PB, bairro CENTRO; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/02/20 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo XRE 300, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2012/2012, UF: PB, placa OFE-9535, chassi 9C2ND09100R403122, renavam 0049096544-0, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA DE CARONA NO VEÍCULO E NO LOCAL JÁ AMBOS DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, O VEÍCULO EM QUE ESTAVAM FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AS VÍTIMAS, SENDO QUE AMBOS FORAM SOCORRIDOS POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DERAM ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL. POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTES ESTADOS.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) 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.

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 13 de outubro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

REBECA THAYS ALVES PAULA

Noticiante



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: 3 - CPF da vítima: 084893184-09 4 - Nome completo da vítima: Rebeca Thays Alves Paula

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

5 - Nome completo: Rebeca Thays Alves Paula 6 - CPF: 084893184-09
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Smdolgo Montencopo 9 - Número: 415 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Monte Castelo 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58406-100
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUV. PAGAMENTO S.A

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (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 (vaginasso)? ☐ 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

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,

Joos Pessoa 28/09/20
Rebeca Thays

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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: 27/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REBECA THAYS ALVES PAULA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000061464386-7

Nr. da Autenticação 511A3656E3E121F2

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é entregue ao cliente

Se não tiver o boleto pago, por favor, contatar a Energisa

Nº 007.522.575



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs

Campina Grande / PB - CEP 58423-700

CNPJ 06.929.596/0001-95 - Ins. Est. 16.003.833-11

DADOS DO CLIENTE

MANOEL DE PAULA SILVA
RUA SINDOLFO MONTENEGRO 415
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/44140-2

REFERÊNCIA

SET/2020

APRESENTAÇÃO

08/09/2020

CONSUMO

118

VENCIMENTO

15/09/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 95,71

Assine: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03269.641001 00225.134170 1 83790000009571

Pagador: MANOEL DE PAULA SILVA CNPJ/CPF: 048.218.824-34

RUA SINDOLFO MONTENEGRO 415 - MONTE CASTELO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000 58423-700

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32696410000225134	000000000202009	15/09/2020	R\$ 95,71	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5





SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2107647 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ 08.778.268/0038-53
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4.700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/02/2020

Atendente: acolhimento

PACIENTE: REBECA THAYS ALVES

PAULA 18 ANOS

Nascimento: 31/12/1969

Telefone:

Sexo: F

Idade: 02/2020

Saírro:

RG:

Nº-O

CPE

Profissão:

CNS

CONVÊNIO SUS

Data de Atend: 15/02/2020

Hora: 21:28:11

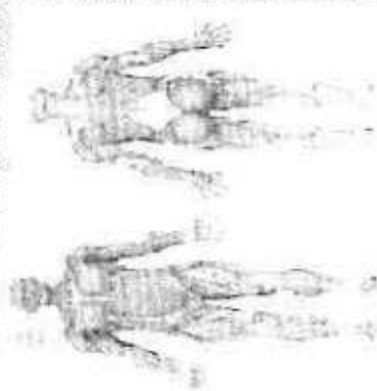
Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

BS FICHA: SEM DOCUMENTOS

ECANISMOS DO TRAUMA

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

- 1. Abordagem
- 2. Amputação
- 3. Avaliação
- 4. Contusão
- 5. Crisotopia
- 6. Cór
- 7. Edema
- 8. Empalhamento
- 9. Erisipela subcutânea
- 10. Enfiamento
- 11. Esmatoma
- 12. F. amebílica
- 13. F. amebílica
- 14. F. amebílica
- 15. F. amebílica
- 16. F. amebílica
- 17. F. amebílica
- 18. F. amebílica
- 19. F. amebílica
- 20. F. amebílica
- 21. F. amebílica
- 22. F. amebílica
- 23. F. amebílica
- 24. F. amebílica
- 25. F. amebílica
- 26. F. amebílica
- 27. F. amebílica
- 28. F. amebílica
- 29. F. amebílica
- 30. F. amebílica



IMADURA:

Perfite corporal lesada =

%

NOSTICO / CID:

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

HTCG-Paire: Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exame Primário - Dados Clínicos
Paciente: Paula Thays Alves
Idade: 18 anos
Sexo: F
Data: 15/02/2020
Local: Campina Grande - PB
Motivo: Acidente de moto x carro
BS FICHA: SEM DOCUMENTOS
ECANISMOS DO TRAUMA

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada
() Ultrassonografia:
() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Cláudio às 18:30 dia 15 de fev
Especialista: Cláudio às 18:30 dia 15 de fev

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<u>Curativos + Ultrassom</u>	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Paulo Roberto
Cláudio
15/02/2020

C. N. S. - 10-10-1968

12
 the
 5-25-68
 change
 change
 suspension
 for day away

Dr. Saul C. M. Oliveira
Neurocirurgião
CRM de SP 15398 / Neurocirurgia
RQE 1505
2017

Dr. Ana Maria de S. Aguiar
 168, Ortopedia - Ipiranga
 22460-000

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

104DE

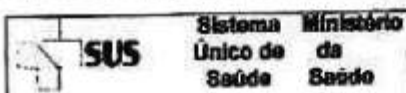
083

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Current
'05-'50

PACIENTE: <u>PIRELLA THOMAS ALVES</u> <u>33/08/2002</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Com Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
	<u>Sub C4</u>	<u>SUS</u>	<u>18 anos</u>	<u>2107647</u>			
CIRURGIA <u>to colostomia com fístula</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Américo Gomes + Dr. ...</u>				
ANESTESIA <u>Periure</u>			ANESTESIA <u>Dr. ...</u>				
INSTRUMENTADORA <u>Cátia</u>		DATA <u>16/08/2008</u>	INÍCIO <u>08:00</u>	FIM <u>08:30</u>			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Qtd.	FIOS		
	Adrenalina amp.		Bolsa Colostomia		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet. p. Oug.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
<u>01</u>	Dimorf amp <u>0,2mg</u>		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dolantina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Efrane ml		Cotonoides		Catgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.		Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenlaniil ml		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix		
	Inova ml		Dreno Penrose nº		Cera pl. osso		
	Ketalar ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macroscópios		Ethibond		
<u>01</u>	Mercaina <u>10x100</u> % ml		Equipo de Macroscópios		Ethibond		
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.		Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak		
	Protóxido 1/1m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak		
	Quelich ml		Gase Pacote c. 10 unidades		Fila cardiaca		
	Rapifen amp.		H.O. ml	<u>06</u>	Mononylon <u>30-0</u>		
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix		
<u>Qtd</u>	<u>MEDICAÇÕES</u>		<u>01</u>	<u>Lâmina de Bisturi nº 23</u>		<u>Prolene Sertix</u>	
	Água Destilada amp.			<u>Lâmina de Bisturi nº 11</u>		<u>Prolene Sertix</u>	
<u>01</u>	Decadron amp.			<u>Lâmina de Bisturi nº 15</u>		<u>Prolene Sertix</u>	
<u>01</u>	Dipirona amp.		<u>02</u>	<u>Luvas 7.0</u>		<u>Vicryl Sertix</u>	
<u>01</u>	Flaxidol amp.		<u>02</u>	<u>Luvas 7.5</u>		<u>Vicryl Sertix</u>	
	Fieborcolid amp.		<u>01</u>	<u>Luvas 8.0</u>		<u>Vicryl Sertix</u>	
	Geramicina amp.		<u>01</u>	<u>Luvas 8.5</u>			
	Glicose amp.			<u>Oxigênio Lit</u>			
	Glucon de Cálcio amp.			<u>Polifix</u>			
	Haemacel ml		<u>05</u>	<u>PVPi Degemante ml</u>			
	Heparina ml			<u>PVPi Tópico ml</u>			
	Kantakion amp.		<u>03</u>	<u>Sabão Antisséptico</u>		<u>Qtd. SOROS</u>	
	Lasix amp.			<u>Saco coletor</u>		<u>05</u> <u>SG Normotermico fr 500 ml</u>	
	Medrotilnazol		<u>01</u>	<u>Seringa desc. 10 ml</u>		<u>SG Gelado fr 500 ml</u>	
	Prasil amp.		<u>01</u>	<u>Seringa desc. 20 ml</u>		<u>SG Hipertermico fr 500 ml</u>	
	Prolamina		<u>02</u>	<u>Seringa desc. 05 ml</u>		<u>SG fr 500 ml</u>	
	Revivan amp.			<u>Sonda</u>			
	Stuptanon amp.			<u>Sonda Foley</u>		<u>Qtd. ORTESE E PROTESE</u>	
	Cefalotina 1g.			<u>Sonda Nasogástrica</u>		<u>01</u> <u>Placa 15x10cm 07F</u>	
<u>01</u>	<u>Difenspirone 1g</u>			<u>Sonda Uretral nº</u>		<u>03</u> <u>Proteção anti-choque</u>	
				<u>Sterizem ml</u>			
				<u>Torneirinha</u>		<u>01</u> <u>04.5</u>	
<u>Qtd.</u>	<u>MATERIAIS / SOLUÇÕES</u>			<u>Vaselina ml</u>		<u>01</u> <u>Placa T 3x5</u>	
	Agulha desc. 25 x 7			<u>Galcon 18</u>		<u>03</u> <u>Para ...</u>	
	Agulha desc. 28 x 28			<u>Látex</u>		<u>03</u> <u>Para ...</u>	
	Agulha desc. 3x4.5					EQUIPAMENTOS	
<u>01</u>	Agulha p/ raque nº					() Oxímetro de Pulso	
<u>01</u>	Alcool de Enfermagem					() Serra	
<u>01</u>	Alcool Iodado ml					() Desfibrilador	
<u>01</u>	Ataduras de Crepon					(x) Foco Frontal	
	Ataduras de Gessada					() Fonte de Luz	
	Azul mollieno amp.					() Foco Auxiliar	
						() Eletrocautério	
						() Oxímetro	
						() Cardiomonitor	
						() Perfurador Elétrico	

Data da internação: 15/02/2020 Hora: 23:28:34



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 FERNANDES2 - CNES
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES
2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
SEM DOCUMENTOS6 - Nº DO PRONTUÁRIO
2107727

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO
31/12/19699 - SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE GESTANTE DE APROXIMADAMENTE 21 SEMANAS, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA FECHADA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA E APRESENTANDO FERIMENTO EXTENSO EM REGIÃO POSTERIOR DA PERNA, COM EXPOSIÇÃO DE MUSCULATURA.18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
NECESSIDADE DE CIRURGIA19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS
EXAME CLÍNICO + RADIOLOGICO20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
FX DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA + FERIMENTO EXTENSO

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 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
U2

28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
98801600286767330 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
ANA MARIA DA SILVA ANSELMO31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
15/02/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÁNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - () 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)

REQUISICÃO DE EXAMES

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO

[illegible]

DADOS CLÍNICOS:

1894
1895
1896
1897
1898
1899
1900
1901
1902
1903
1904
1905
1906
1907
1908
1909
1910
1911
1912
1913
1914
1915
1916
1917
1918
1919
1920
1921
1922
1923
1924
1925
1926
1927
1928
1929
1930
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939
1940
1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073
2074
2075
2076
2077
2078
2079
2080
2081
2082
2083
2084
2085
2086
2087
2088
2089
2090
2091
2092
2093
2094
2095
2096
2097
2098
2099
2100
2101
2102
2103
2104
2105
2106
2107
2108
2109
2110
2111
2112
2113
2114
2115
2116
2117
2118
2119
2120
2121
2122
2123
2124
2125
2126
2127
2128
2129
2130
2131
2132
2133
2134
2135
2136
2137
2138
2139
2140
2141
2142
2143
2144
2145
2146
2147
2148
2149
2150
2151
2152
2153
2154
2155
2156
2157
2158
2159
2160
2161
2162
2163
2164
2165
2166
2167
2168
2169
2170
2171
2172
2173
2174
2175
2176
2177
2178
2179
2180
2181
2182
2183
2184
2185
2186
2187
2188
2189
2190
2191
2192
2193
2194
2195
2196
2197
2198
2199
2200
2201
2202
2203
2204
2205
2206
2207
2208
2209
2210
2211
2212
2213
2214
2215
2216
2217
2218
2219
2220
2221
2222
2223
2224
2225
2226
2227
2228
2229
2230
2231
2232
2233
2234
2235
2236
2237
2238
2239
2240
2241
2242
2243
2244
2245
2246
2247
2248
2249
2250
2251
2252
2253
2254
2255
2256
2257
2258
2259
2260
2261
2262
2263
2264
2265
2266
2267
2268
2269
2270
2271
2272
2273
2274
2275
2276
2277
2278
2279
2280
2281
2282
2283
2284
2285
2286
2287
2288
2289
2290
2291
2292
2293
2294
2295
2296
2297
2298
2299
2300
2301
2302
2303
2304
2305
2306
2307
2308
2309
2310
2311
2312
2313
2314
2315
2316
2317
2318
2319
2320
2321
2322
2323
2324
2325
2326
2327
2328
2329
2330
2331
2332
2333
2334
2335
2336
2337
2338
2339
2340
2341
2342
2343
2344
2345
2346
2347
2348
2349
2350
2351
2352
2353
2354
2355
2356
2357
2358
2359
2360
2361
2362
2363
2364
2365
2366
2367
2368
2369
2370
2371
2372
2373
2374
2375
2376
2377
2378
2379
2380
2381
2382
2383
2384
2385
2386
2387
2388
2389
2390
2391
2392
2393
2394
2395
2396
2397
2398
2399
2400
2401
2402
2403
2404
2405
2406
2407
2408
2409
2410
2411
2412
2413
2414
2415
2416
2417
2418
2419
2420
2421
2422
2423
2424
2425
2426
2427
2428
2429
2430
2431
2432
2433
2434
2435
2436
2437
2438
2439
2440
2441
2442
2443
2444
2445
2446
2447
2448
2449
2450
2451
2452
2453
2454
2455
2456
2457
2458
2459
2460
2461
2462
2463
2464
2465
2466
2467
2468
2469
2470
2471
2472
2473
2474
2475
2476
2477
2478
2479
2480
2481
2482
2483
2484
2485
2486
2487
2488
2489
2490
2491
2492
2493
2494
2495
2496
2497
2498
2499
2500
2501
2502
2503
2504
2505
2506
2507
2508
2509
2510
2511
2512
2513
2514
2515
2516
2517
2518
2519
2520
2521
2522
2523
2524
2525
2526
2527
2528
2529
2530
2531
2532
2533
2534
2535
2536
2537
2538
2539
2540
2541
2542
2543
2544
2545
2546
2547
2548
2549
2550
2551
2552
2553
2554
2555
2556
2557
2558
2559
2560
2561
2562
2563
2564
2565
2566
2567
2568
2569
2570
2571
2572
2573
2574
2575
25

五、

SOUTH
160

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

[illegible]

URGÊNCIA:

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

DATA:

Carimbo e Assinatura do Médico



PARAÍBA
Governador João Pessoa

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Município: Floriano Peixoto, 4700 - Marinhos, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 15/02/2020

Atendimento: 15/02/2020

Paciente: REBECA THAYS ALVES PAULA 18 ANOS Idade: 02020 Nº ATEND: 2107647

IDENTIFICANTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 15/02/2020 HORA : 21:30:15

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

ATIVIDADE : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

SINAIS VITAIS

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

DIABETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO

F. MOTORA () SIM () NÃO

ALERGIAS:

INDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL: BOM

ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA

CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
DESORIENTADO () AGITADO () 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 () SIBLOS () TOSSE

Escala de avaliação da dor



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

ARMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

[Handwritten signature]

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE PEDIATRIA E TERAPIA COM LÚZ CONJUGA FERNANDES

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE PEDIATRIA E TERAPIA COM LÚZ CONJUGA FERNANDES

REQUISICÃO DE EXAME

NOME: Ribeira Trays

PRONTUÁRIO

DATA DE NASCIMENTO: 16/02/2020

CLÍNICA: RECEBIDO EM:

ALTURA: 161

PESO: 10

COR: X

SEXO: 16/02/2020

DADOS CLÍNICOS

Controle Rotunda gestante

MATERIAL A EXAMINAR

(Rivar proteção p/ abdome)

EXAME SOLICITADO

Rc Hemograma (E) - AP + Lenf

URGÊNCIA: 16/02/2020

DATA: 16/02/2020

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO

Assinatura do Solicitante
Assinatura do Recebente
Assinatura do Examinador
Assinatura do Encarregado
Assinatura do Responsável pela Solicitação



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

SECRETARIA DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISICÃO DE EXAMES

NOME:		RUBEN G. TAVES		A. D. S.		1.2.20		PRONTUÁRIO:	
IDADE:		SEXO:		COR:		PESO:		ALTURA:	
		M ☐ F ☐		B ☐ P ☐ A ☐					
								ENF:	
								LEITO:	

DADOS CLÍNICOS:

1875-1876

Private
Confidential

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITAÇÃO:

TACOS: *650*
 first
 ULTIMATE
 REALIZED
 13/02/2022

URGÊNCIA:	☒	ROTINA:	☐
DATA:	15/02/10		
HORA DA SOLICITAÇÃO:			

MOD. 002

18/02/2020

HTCG-Panel Administrativo

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: 18/02/2020

Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 03

NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues



PARAIBA
Governo do Estado



Sauvete
PARAIBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: REBECA THAYS ALVES PAULA

Data da Internação: 15/02/2020

Data da Alta: 18/02/2020

Registro: 2107727

Tempo de Permanência: -18308

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Cirurgia: PLACA

Data: 15/02/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data: 18/02/2020

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
18/02/2020

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

RESPONSÁVEL : Schubert Luigi Costa Rodrigues



GOVERNO DO ESTADO
PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 15/02/2020

5/02/2020

Nome: REBECA THAYS ALVES PAULA 18 ANOS Idade: 02020 N° ATEND: 2107647

LOCAL DE TRABALHO : NAO
15/02/2020 HORA : 21:30:15

QUALIDADE : CIRURGIA

TIPO : ACIDENTE DE MOTO
SITUAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X CARRO

5 VITAIS
SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

TESTES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO
MOTORA () SIM () NÃO

TESTES:

USAGEM EM USO:

O GERAL: BOM

AÇÃO NEUROLÓGICA

CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
ORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
ITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINAIS REFERIDOS

DIÁREIA () EXANTEMA
VÔMITO () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
GASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

ELHO

ELHO

ELHO

ELHO

ELHO

ELHO

ELHO

ELHO

ELHO

ELHO

ELHO

ELHO

ELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO
						ENFERMEIRO/COREN	

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

15/02/2020

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Rebeca Thays Alves Paula</u>				IDADE: <u>18</u>	SEXO: <u></u>	CCR: <u></u>
DATA: <u>16/02/2020</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	REGISTRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMATÓCRITO	HEMAGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
URINA								
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	GRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	RESECÇÃO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
EXAMINISTICO PRE-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES								
INDICAÇÃO PARA ANESTESIA				APLICADA	AS	EFEITO		
0020								
AGENTES ANESTÉSICOS					Satisf.: <u></u> Excit.: <u></u> Tosse: <u></u> Laringo espasmo: <u></u> Lenta: <u></u> Náuseas: <u></u> Vômitos: <u></u> Outros: <u></u>			
LÍQUIDOS					MANUTENÇÃO <u>apagando</u>			
CONDIÇÕES					ANESTESIA SATISF. Sim <u></u> Não <u></u> Não, por quê? <u></u>			
V.P. ARTERIAL: <u></u> PULSO: <u></u> O - RESPIRAÇÃO: <u></u> AX - ANESTESIA: <u></u> O - OPERAÇÃO: <u></u>					DESPERTAR Reflexos na SO: <u></u> Obst.: <u></u> Co.: <u></u> Excit.: <u></u> Náuseas: <u></u> Vômitos: <u></u> Outros: <u></u>			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					Com cânula: <u></u> Fechou o Leito: Sim <u></u> Não <u></u> CONDIÇÕES: <u></u>			
POSICÃO								
AGENTES	Bupivacaina 13mg + morfina 0,02g							
TÉCNICA	Região anestesiada: Paciente em D.E. anestesia + entorpeção, 7ml de bupivacaina para medicação. Início da anestesia com agulha 27G de Quincke. LCP com morfina.							
OPERAÇÃO								
CIRURGIÃO	Amaro							
ANESTESISTA								
OPERAÇÃO								

PARAÍBA
Governo do EstadoPARAÍBA
Campina Grande

Número do Prontuário: 1

DATA DA CIRURGIA: 16/02/2020

Número do Atendimento: 2107727 Clin: CENTRO CIRURGICO / Enf: URPA / Lei: 9

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEM DOCUMENTOS

Data da Internação: 15/02/2020

Atendimento: 2107727

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA + FERIMENTO EXTENSO EM PANTURRILHA ESQUERDA

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE + SUTURA FERIMENTO EXTENSO

Data da

Cirurgia: 16/02/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: EMERSON COSTA

Anestesiista: JOSE EUDISMAR DE QUEIROZ BESSA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

2 - ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DA PERNA ESQUERDA + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DA FÍBULA + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO 7 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS

5 - INCISÃO EM FACE MEDIAL DA PERNA ESQUERDA + DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

6 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DA TIBIA + FIXAÇÃO COM PLACA EM T 2 X 5 + 03 PARAFUSOS CORTICAIS + 03 PARAFUSOS ESPONJOSOS, SOB ESCOPIA

OBS: DURANTE A REALIZAÇÃO DA ESCOPIA, O ABDOME DA PACIENTE FOI PROTEGIDO COM CAPOTE DE CHUMBO, VISTO A MESMA ESTAR GESTANTE.

7 - LAVADO DE FO CM SF

8 - SUTURA

9 - CURATIVOS.

10 - PACIENTE POSICIONADA EM DECUBITO LATERAL DIREITO

11 - LAVADO DE FERIMENTO EXTENSO EM REGIÃO POSTERIOR DA PERNA COM SF 0,9%

12 - SUTURA

13 - CURATIVO

14 - À URPA

Data 16/02/2020

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

Hospital: 30 Comendador Antonio B. ... Código: ...

Procedimento: Teste de Gravidade Cód. Procedimento: 2-1000

Paciente: Victor Hugo Silva

Data da Cirurgia: 08/05/2019 Nº prontuário: 17049 Convênio: _____

Cirurgião: Dr. Alexandre Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	33	34	35					
	Qtd.	33	34	35					
	Cód.								
Parafuso Cortical () mm	Nº	34	35						
	Qtd.	34	35						
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº	43							
	Qtd.	32							
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Dr. Kuehlin Meira
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
GRUPO 3900

REQUISICÃO DE EXAMES

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PRONTUÁRIO:

LEITO:

ENF:

CLÍNICA:

ALTURA:

PESO:

COR:

SEXO:

M:

F:

B:

P:

A:

S CLÍNICOS:

Femina (Gestante)

Paciente Coluna D10 (Spondil)

ATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

USG fístula

ALTA
Realizado em 13/02/2023

ÊNCIA:

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

A:

Dr. Pedro Paulo Falcão
MÉDICO
CRM 10495
GEMEP 20234

Carimbo e Assinatura do Médico

REQUISICÃO DE EXAME

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DR. LUIZ GONÇALVES FERNANDES

Nome: Rebeca Days

PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:

CLÍNICA: ENF: LEITO:

RAIO X

REALIZADO EM:

16/02/2020

Contusão Paciente gestante

(úber proteção p/ abdome)

Rebeca Days (E) - AP + lençol

16/02/2020

Assinatura do médico responsável
16/02/2020



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

0271

Hospital: _____ Código: _____
Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____
Paciente: _____
Data da Cirurgia: ____/____/____ Nº prontuário: _____ Convênio: _____
Cirurgião: _____ Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____
Faturar N.F para: _____
Cód. do consultor: _____ Total: _____
Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Dr. Ederlan Meira
CRM-PE 9900

18/02/2020

HTCG-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ 08.778.268/0008-52
Av. Mal Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-800
Bola de Emergência (B.E.) - Modelo 03

Data: 18/02/2020

NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues



PARAIBA
Governo do Estado



PARAIBA
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: **REBECA THAYS ALVES PAULA**

Data da Internação: 15/02/2020

Data da Alta: 18/02/2020

Registro: 2107727

Tempo de Permanência: -18308

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Cirurgia: PLACA

Data: 15/02/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data 18/02/2020

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues

Assinatura/Carimbo

Schubert Luigi Costa Rodrigues

RESPONSÁVEL : Schubert Luigi Costa Rodrigues

Granite
'00:30

PACIENTE:		LEITE		CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
Paciente: <i>Roberta Thais Alves Faria</i>		<i>Sala 04</i>		<i>Sala 04</i>	<i>19/03/2020</i>	<i>267647</i>
CIRURGIA				CIRURGIÃO		
ANESTESIA				ANESTESIA		
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM
<i>02/10</i>		<i>16/03/2020</i>		<i>00:00</i>		<i>02:30</i>
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.			Calet. p. Oxi.		Catgut cromado Serlix
	Atropina amp.			Calet. De Urinar Sist. Fech		Catgut cromado Serlix
	Diazepam amp.			Compressa Grande		Catgut cromado Serlix
<i>01</i>	Dimor [®] amp <i>Dimor</i>			Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolanlina amp.			Colonoide		Catgut Simples Serlix
	Efrane ml			Dreno		Catgut Simples Serlix
	Fenegam amp.			Dreno Kerr n°		Catgut Simples Serlix
	Fentanil ml			Dreno Penrose n°		Cora pr osso
	Inova ml			Dreno Pezzer n°		Ethibond
	Ketalar ml			Equipo de Macrogotas		Ethibond
<i>01</i>	Mercaina <i>mercaina</i> % ml			Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubain amp.			Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix
	Pavulon amp.			Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix
	Protigmine amp.			Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido l/m			Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelcid ml			Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardaca
	Rapifen amp.			H.O. ml	<i>02</i>	Mononylon <i>20 20</i>
	Thionembutal ml			Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.			Intracath Infantil		Prolene Serlix
Qtd.	MEDICAÇÕES			Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serlix
	Água Destilada amp.			Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serlix
<i>07</i>	Dacatron amp.			Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serlix
<i>02</i>	Dipirona amp.			Luxas 7 0		Vicryl Serlix
<i>01</i>	Flaxicid amp. <i>Flaxicid</i>			Luxas 7 5		Vicryl Serlix
	Flebocortis amp.			Luxas 8 0		Vicryl Serlix
	Geramicina amp.			Luxas 8 5		
	Glicose amp.			Oxigenio l/m		
	Glucon de Cálcio amp.			Polifix		
	Haemacel ml.			PVP Degemante ml		
	Heparema ml.			PVP Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.			Sabão Antiséptico	<i>4.5</i>	SG Normotermico fr 500 ml
	Lasix amp.			Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrofinazol			Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml
	Pasil amp.			Seringa desc. 20 ml	<i>01</i>	SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina			Seringa desc. 05 ml	<i>02</i>	SG fr 500 ml
	Revivan amp.			Sonda		
	Suptancon amp.			Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g			Sonda Nasogástrica	<i>01</i>	<i>Prancha Bisturi</i>
				Sonda Uretral n°	<i>08</i>	<i>Prancha bisturi</i>
				Sterycem ml		
				Tomelirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Vaselina ml	<i>01</i>	<i>Placa T 2x5</i>
	Agulha desc. 25 x 7			Geicon 18	<i>03</i>	<i>Placa T 2x5</i>
	Agulha desc. 28 x 28			Látex	<i>03</i>	<i>Placa T 2x5</i>
<i>01</i>	Agulha desc. 3x4,5 <i>4x4,5</i>					EQUIPAMENTOS
<i>01</i>	Agulha p/ raque n° <i>27</i>					() Oxímetro de Pulso
<i>01</i>	Alcool de Enfermagem <i>100</i>					() Foco Auxiliar
	Alcool Iodado ml					() Eletrocautério
<i>02</i>	Ataduras de Crepon <i>15 cm</i>					() Desfibrilador
	Ataduras de Gessada					() Oxícapnógrafo
	Azul metileno amp					() Foco Frontal
	Resorcinol					() Fontes de Luz
						() Cardiomonitor
						() Perfurador Elétrico

E



0000000640 REBECA THAYS ALVES PAULO F
07 09 2020
HOSPITAL ANTONIO TARGINO

E

TO REBECA THAT'S ALIVE SPARK

ANTONIO TARKINO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO GERAL 4.541.779 DATA DE EMISSÃO 14/09/2018
 REBECA THAYS ALVES PAULA
 PLACIO ANTONIO ALVES DA COSTA RUTE FARIAS PAULA
 NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 25/03/2002
 DOC ORDEM CERT. NASC. Nº4385 - LIV.05 - FLS.48 - CARTORIO CAMPINA GRANDE-PB
 CSE 584.893.184-09
 Ass: [Assinatura] [Assinatura]
 [Assinatura] [Assinatura]
 LEI Nº 9.119 DE 29/05/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA E ORDEM PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 L-234
 [Fotografia]
 [Impressão digital]
 Rebeca Thays Alves Paula
 41080000000000000000
 CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014666300240

70292075629

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PRV 20140100051401-2

VIA

CONDIÇÃO DE VEICULO

ENTRADA

1

0049090544-0

DD/00000000

NOME/ENFERECC

RAFAEL CORREIA DOS SANTOS

RUA ALMIRANTE TAMANDARÉ 293

JOSE PINHEIRO

58407375 CAMPINA GRANDE PB

OFFICINA

PLACA

06583033455

05E9535/2B

NOME ANTERIOR

EUCLEDES RAMOS DE ARAUJO

PLACA ANT/P

CHASSI

NOVO

PB

9CZND0910CR403122

ESPECÍFICO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA XRE 300

ANO FAB

ANO MOD

2012

2012

CAP/PORTAL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2 P/291 /CI

PARTIC

VERMELHA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTOS EXTERNAIS

Nº Motor : ND09E1C403122

LOCAL

CAMPINA GRANDE - PB

DATA

13/06/2019

16101

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OFE9535

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2019
 Proprietário: *****
 Placa: OFE9535
 Combustível: GASOLINA
 Marca/Modelo: HONDA/XRE 300
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
 Ano de Fabricação: 2012
 Ano Modelo: 2012
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: VERMELHA
 Vencimento Licenciamento: 31/07/2020
 Observação:
 Restrição:
 Financeira:
 Município: CAMPINA GRANDE
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 16/09/2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
PLACA	COL. DENOMIN.	R.T.B.	EXERCÍCIO
			2019
NOME / ENDEREÇO			

CATEGORIA		PLACA	
		OFE9535	
PLACA ANT. / INT.		PARTE	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/XRE 300		2012 2012	
CAPACIDADE		CATEGORIA	
		COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR		VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
31/07/2020		1º	
PARCEL. P.S.A.		PARCELAMENTO COTAS	
		2º	
		3º	
PRIMEIRO LICENCIAMENTO		PRIMEIRO TITULO	
		DATA DE VALIDADE	
OBSERVAÇÕES			
LOCAL		DATA	
CAMPINA GRANDE		16/09/2020	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200373068 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REBECA THAYS ALVES PAULA **Data do acidente:** 15/02/2020 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL TIBIA E FÍBULA ESQUERDA. P3,4,9,12,20

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294948/20

Vítima: REBECA THAYS ALVES PAULA

CPF: 084.893.184-09

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 15/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REBECA THAYS ALVES PAULA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

REBECA THAYS ALVES PAULA : 084.893.184-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/10/2020
Nome: REBECA THAYS ALVES PAULA
CPF: 084.893.184-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

REBECA THAYS ALVES PAULA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA