



Número: **0829799-63.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **25/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REBECA THAYS ALVES PAULA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38484880	18/01/2021 16:11	2777273_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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.

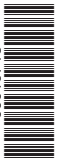
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01489/01490 - carta_15R - INVALIDEZ

00010745





2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 084893184-09	4 - Nome completo da vítima: Rebeca Thais Alves Paula
----------------------------	------------------------------------	--

5 - Nome completo: Rebeca Thays Alves Paula				6 - CPF: 084.893.184-09	
7 - Profissão: Receio		8 - Endereço: Imdolo Montenegro		9 - Número: 415	
10 - Complemento: Casa		11 - Bairro: Monte Castelo		12 - Cidade: Campana Grenck	
13 - Estado: PR		14 - CEP: 58406-100		15 - E-mail:	
16 - Tel. (DDD):					

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) ☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS S.A

AGÊNCIA: CONTA: 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 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

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 (pai/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.

ME

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-rro)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2# | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data

Joos Perroa 28/09/80
Rebeca Thoms



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



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 "pague 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 DESTE ESTADO.

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.

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

Procedimento Policial: 00303.01.2020.1.05.101



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



Procedimento Policial: 00303.01.2020.1.05.101





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: Smdeljo Montenegro 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)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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

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 28/09/20
Rebeca Thays



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:11:05

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101181611041200000036698532

Número do documento: 2101181611041200000036698532

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 aceito para crédito

Se você não quiser pagar, informe ao fornecedor a razão da negativa

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 08.826.596/0001-95 - Ins. Est. 16.003.833-1

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 58400-100				
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 - TRES IRMAS - 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: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/02/2020

PACIENTE: REBECA THAYS ALVES
PAULA 18 ANOS

Indereço: _____
Idade: 02/2020
Sexo: F
RG: _____
CPF: _____
Profissão: _____
Data de Atendimento: 15/02/2020
Hora: 21:28:11
CNS: _____
CONVÊNIO: SUS

LOTADO: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO
BS FICHA: SEM DOCUMENTOS
EXAMENOS DO TRAUMA

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

- 1. Cabeça
- 2. Braço direito
- 3. Braço esquerdo
- 4. Pernas
- 5. Tórax
- 6. Abdômen
- 7. Lombar
- 8. Pescoço
- 9. Ombro direito
- 10. Ombro esquerdo
- 11. Cotovelo direito
- 12. Cotovelo esquerdo
- 13. Antebraço direito
- 14. Antebraço esquerdo
- 15. Mão direita
- 16. Mão esquerda
- 17. Face
- 18. Nariz
- 19. Boca
- 20. Garganta
- 21. Tratores
- 22. Tórax superior
- 23. Tórax inferior
- 24. Lombar superior
- 25. Lombar inferior
- 26. Anca direita
- 27. Anca esquerda
- 28. Quadril direito
- 29. Quadril esquerdo
- 30. Joelho direito
- 31. Joelho esquerdo
- 32. Tornozelo direito
- 33. Tornozelo esquerdo
- 34. Pé direito
- 35. Pé esquerdo
- 36. Unhas
- 37. Unhas
- 38. Unhas
- 39. Unhas
- 40. Unhas
- 41. Unhas
- 42. Unhas
- 43. Unhas
- 44. Unhas
- 45. Unhas
- 46. Unhas
- 47. Unhas
- 48. Unhas
- 49. Unhas
- 50. Unhas
- 51. Unhas
- 52. Unhas
- 53. Unhas
- 54. Unhas
- 55. Unhas
- 56. Unhas
- 57. Unhas
- 58. Unhas
- 59. Unhas
- 60. Unhas

IMADURA:
Eficácia corporal lesada = _____ %
NOSTIC / CID: _____

148/projeito/impresclass.php?contar=2107647&dataend=2020

HTDG-Parier Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Alergia: _____
Medicamentos: _____
Patologias: _____
Exame físico: _____

Pupilas: () Fotorregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow: PA: _____ HGT: _____ SatO2: _____

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

Solicitação de parecer médico:
Especialista: _____ às _____
Especialista: _____ às _____

Médico solicitante
Procedimentos realizados:

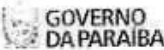
Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Exame físico + Radiografia	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Paulo Roberto de Almeida
Médico Geral

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Carimbo
00.50

PACIENTE: <u>PIRENA THAYSS ALVES FERREIRA</u> IN: <u>23/08/2022</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<u>SUS</u>	<u>SUS</u>	<u>18 anos</u>	<u>2107647</u>		
CIRURGIA: <u>IN + (+) + Sutura Extensão Sutura</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. Amador</u>				
ANESTESIA: <u>Torax</u>		ANESTESIA: <u>Dr. Amador</u>				
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM		
<u>Catgut</u>		<u>16/08/2022</u>	<u>08:00</u>	<u>08:30</u>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Bolsa Colostomia		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. p. Cag		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Dimorf amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dolanina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Efrane ml		Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
	Inova ml		Dreno Penrose n°		Cera p. osso	
	Ketalar ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Mercaína <u>100ml</u> 5% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Paralun amp.		Equipo de Sangu		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Proloxo (lm)		Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelidn ml		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Rapfen amp.		Gase Pacote c. 10 unidades		Fila cardiaca	
	Thionembul ml		H.O. ml		Mononylon 2.0 2.5	
	Tracium amp.		Intracath Adulto		Mononylon	
			Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp		Oxigenio Lm			
	Glucos de Cálcio amp		Polifix			
	Haemacel ml		PVPi Degemante ml			
	Heparina ml.		PVPi Tópico ml			
	Kanakron amp.		Sabão Antiséptico			
	Lasix amp.		Saco coletor			
	Medrothinazol		Seringa desc. 10 ml			
	Piasl amp.		Seringa desc. 20 ml			
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml			
	Revivan amp.		Sonda			
	Suption amp.		Sonda Foley			
	Cefalotina 1g.		Sonda Nasogálica			
			Sonda Uretral n°			
			Sterycem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Galcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Latex			
	Agulha desc. 3 x 4.5					
	Agulha p. raque n°					
	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	duras de Crepon					
	duras de Gessada					
	il moleno amp.					

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd. SOROS
 0.5 SG Normotermico fr 500 ml
 0.5 SG Gelado fr 500 ml
 0.5 SG Hipertermico fr 500 ml
 0.5 SG Ring fr 500 ml
 0.5 SF fr 500 ml

Qtd. ORTESE E PROTESE
 0.5 Placa 15x10cm 0.5
 0.5 Placa 15x10cm 0.5
 0.5 Placa 15x10cm 0.5
 0.5 Placa 15x10cm 0.5

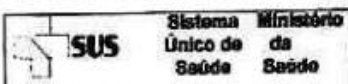
EQUIPAMENTOS
 (x) Oxímetro de Pulso
 () Serra
 () Desfibrilador
 (x) Foco Frontal
 () Fonte de Luz
 () Foco Auxiliar
 () Eletrocáuterio
 () Oxíscopígrafo
 (x) Cardiomonitor
 () Perfurador Elétrico



15/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE SEM DOCUMENTOS		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2107727
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 31/12/1969	9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DE TELEFONE
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
14 - COLEGIO		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 CIRURGIA			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS EXAME CLÍNICO + RADIOLOGICO			
20 - 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 - CARACTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNIS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO(CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016002867673
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANA MARIA DA SILVA ANSELMO		31 - 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 TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNIE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO () CNIS () CPF	47 - Nº DOCUMENTO(CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:11:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816110412000000036698532>

Número do documento: 21011816110412000000036698532

Num. 38484880 - Pág. 11



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO										REQUISICÃO DE EXAMES									
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOUTOR GONZAGA FERNANDES																			
NOME:		Rafael		THAS		12/05/2000		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEITO:			
IDADE:		SEXO:		COR:		P:		A:											
		M		B															
DADOS CLÍNICOS:										PRONTUÁRIO:									
Gonorréia										RAIO X									
Material a examinar:										Kraft Leite Solto									
Exames solicitados:										Rx Tórax e abdômen									
Rx Tórax e abdômen										Rx Tórax e abdômen									
Rx Tórax e abdômen										Rx Tórax e abdômen									
URGÊNCIA:										ROTINA:									
DATA:										HORA DA SOLICITAÇÃO:									
15/01/2021										15/01/2021									
Dr. Pedro										Dr. Pedro									
Carimbo e Assinatura do Médico										Carimbo e Assinatura do Médico									

MOD. 002



PARAIBA
Governador João Pessoa

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Fila: Florianópolis, 4700 - Maritima, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/02/2020
a: 15/02/2020
leite: REBECA THAYS ALVES PAULA 18 ANOS Idade: 02020 N° ATEND: 2107647

IDENTE DE TRABALHO : NAO
FA: 15/02/2020 HORA : 21:30:15

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

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

IAIS VITAIS
T: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

LIBETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO
F. MOTORA () SIM () NÃO

ERGIAIS:

DICAÇÃO EM USO :

ADO GERAL : BOM

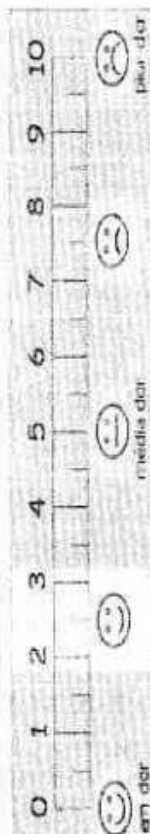
ALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

ITOMAS REFERIDOS

FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

Escala de avaliação da dor



CALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

ASSINATURA DE RISCO :

RMELHO

1.1.148/projeto/impres/impres.php?contar=2107647&dataatend=2020-02-15&horarend=21:30:15

HTCG-Planol Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURSE	ASSINATURA	DO
						ENFERMEIRO/COREN	

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN
Acolhimento

[Assinatura]

REQUISIÇÃO DE EXAME

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DO LULU CONCÓRDEA PERMANENTES

NOME: <u>Ribeira Thays</u>		PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO:	COR:	DATA DE NASCIMENTO:
		PESO:	ALTURA:
DADOS CLÍNICOS		ENFERMEIRO:	
<u>Contudo Paciente</u> <u>Obs. Paciente</u> <u>gestante</u>		<u>RAIO X</u> <u>REALIZADO EM:</u> <u>16/02/2020</u>	
MATERIAL A EXAMINAR			
<u>(Ribeira proteção p/ abdome)</u>			
EXAME SOLICITADO			
<u>Rx tomografia E - AP + perfil</u>			
URGÊNCIA:	ROTINA:	DATA DA SOLICITAÇÃO	
16/02/2020			

Dr. João Roberto S. Almeida
Especialista em Radiologia
1975
Registro Profissional pela SBC Radiologia





GOVERNO DO PARÁ		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		REQUISICÃO DE EXAMES													
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO		DR. LUIZ GONZAGA FERNANDES															
NOME:	Rafaela		T. HAS		A. D. S.		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF:		LEITO:		
IDADE:	SEXO:		COR:		P		A										
DADOS CLÍNICOS:																	
Dor no (barriga) Dor no (barriga) Dor no (barriga)																	
MATERIAL A EXAMINAR:																	
EXAMES SOLICITADOS:																	
USG Fast Ultrassom Realizado 15/02/2021																	
URGÊNCIA:	ROTINA:		DR. Pedro Paulo Faria														
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:		15/02/2021														
Carimbo e Assinatura do Médico																	

MOD. 002

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: 58432-809

Data: 18/02/2020

Boletem de Emergência (B.E.) - Modelo 03

NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues



PARAÍBA
Governo do Estado



Sua Saúde
PARAÍBA
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
Ch. 18/02/2020

Assinatura/Carimbo

Schubert Luigi Costa Rodrigues

RESPONSÁVEL: Schubert Luigi Costa Rodrigues



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:11:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816110412000000036698532>

Número do documento: 21011816110412000000036698532



HISTÓRIA DE CASO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Florianópolis, Santa Catarina - Brasil
Data: 15/02/2020

5/02/2020

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

ANTE DE TRABALHO : NAO

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

EFICACIA: CIRURGIA

VO : ACIDENTE DE MOTO

CLASSIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X CARRO

VITAIS

SAT OZ:	PA:	TEMP:	FC:	FR:	PESO:
1	1	1	1	1	1

TES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO

MOTORA () SIM () NÃO

STAS:

CAÇÃO EM USO:

O GERAL: BOM

AÇÃO NEUROLÓGICA

INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO

ORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESIVO () APÁTICO ()

ITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

UNAS REFERIDOS

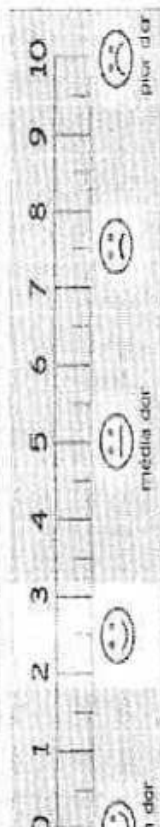
RE / \VÔMITO / \DIARRÉIA / \EXANTEMA

URIDO	()	DISPNEIA	(X)	DOR	()	INAPETENCIA	()	ALTERAÇÕES VISUAL
-------	-----	----------	-----	-----	-----	-------------	-----	-------------------

OPILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS

GASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

biochemical and physiological parameters of the fish.

[illegible]

A DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

ESPECIFICAÇÃO DE RISCO

WELHO

148/10101616/q/imp/precis.php?serial=2107647&dateend=2020-02-15&datestart=21-30-15

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO																																																																															
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Rebeca Thays Alves Paula</i>				IDADE <i>18</i>	SEXO	COR																																																																													
DATA <i>16/02/2020</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	AUTURA																																																																															
TIPO SANGÜÍNEO	HEMACIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS																																																																															
	URINA																																																																																				
AP RESPIRATORIO					ASMA	BRONQUITE																																																																															
AP CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA																																																																																
AP DIGESTIVO			DENTES	PERECUDO	AP URINARIO																																																																																
ESTADO MENTAL			ATAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES																																																																															
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO					ESTADO FISICO	RISCO																																																																															
ANESTESIAS ANTERIORES																																																																																					
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO																																																																															
<i>00:30</i>																																																																																					
AGENTES ANESTÉSICOS	<table border="1"> <tr> <td><i>90%</i></td> <td><i>90%</i></td> <td><i>90%</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>60%</i></td> <td><i>60%</i></td> <td><i>60%</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<i>90%</i>	<i>90%</i>	<i>90%</i>						<i>60%</i>	<i>60%</i>	<i>60%</i>						OCUPAÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo. espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO <i>- apogeu de</i>																																																																
<i>90%</i>	<i>90%</i>	<i>90%</i>																																																																																			
<i>60%</i>	<i>60%</i>	<i>60%</i>																																																																																			
LÍQUIDOS	<table border="1"> <tr> <td><i>150</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<i>150</i>																																																																																
<i>150</i>																																																																																					
CÓDIGOS VF - ARTERIAL; DP - PULSO; O - RESPIRAÇÃO; AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO	<table border="1"> <tr> <td>200</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>180</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				200								180								160								140								120								100								80								60								40								20								ANESTESIA SATISF. : Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____ DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obst.: _____ Co.: _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com câmbio: Faro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES:
200																																																																																					
180																																																																																					
160																																																																																					
140																																																																																					
120																																																																																					
100																																																																																					
80																																																																																					
60																																																																																					
40																																																																																					
20																																																																																					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES																																																																																					
POSIÇÃO																																																																																					
AGENTES	<i>Bupivacaína 13mg + morfina 0,02g</i>																																																																																				
TÉCNICA	<i>Região anestesiada: Paciente em DLE, anestesia + entorpeção, 7ml de borborel para medicação CANULAS</i>																																																																																				
OPERAÇÃO	<i>Cólea, estomatite com agulha 27G de Quinca, 1 cc de um medicamento</i>																																																																																				
CIRURGIÕES	<i>Anest.</i>																																																																																				
TESTES	<i>90%</i>																																																																																				



Número do Prontuário: 1 DATA DA CIRURGIA: 16/02/2020

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEM DOCUMENTOS

Data da Internação: 15/02/2020

Atendimento: 2107727

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

Diagnóstico 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

Anestesista: 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





0271

Procedimento: Teste de Correlação de Pearson Cód. Procedimento: 23

Data da Cirurgia: 08/05/20 Nº prontuário: 17049 Convênio: _____

Cirurgião: Dr. Alexandre Código: 123456 () Reposição () Caixa Pronta

[illegible]

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	33	38	38					
	Qtd.	33	38	38					
	Cód.								
Parafuso Cortical () mm	Nº	34	38						
	Qtd.	34	38						
	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	32							
	Qtd.	32							
	Cód.								
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº								
	Qtd.								
	Cód.								

Anotações do Médico

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

do consultor: _____ Total: _____

Instrumentador: _____

Dr. Keeslin Meira
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
CRA-15 2900





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
CONSTITUÍDA EM 1964, COM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PRONTUÁRIO:

[illegible]

S CLÍNICOS:

1935-1970 (5 years)

TRIAL EXAMINER:

MES SOLICITADOS:

RECEIVED
JUN 12 1962

256

ÊN CIA:

FROTINA:

HORÁ DA SOLICITAÇÃO:

22

Carimbo e Assinatura do Médico



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO				REQUISIÇÃO DE EXAME	
HOSPITAL DE ENFERMAGEM TRAIANA DPM LUIZ GONÇALVES FERNANDES					
Paciente: Juliana Dwyer					
15: SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	DATA DE NASCIMENTO:
RAIO X					
REALIZADO EM:					
16/02/2020					
LUGAR DE EXAMINAR: (abaixar proteção p/ abdome)					
R. e. tomografia (E) - AP + Lateral					
DATA:	16/02/2020	RECEBIDO:	16/02/2020		
HORA DA REALIZAÇÃO: 16/02/2020					
LOCAL DA REALIZAÇÃO: 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	33	34	35				
	Qtd.	01	01	01				
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº	34	35					
	Qtd.	01	01					
	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.	01						
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

DES.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

d. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Dr. Everton Maira
CRM-PE 9900

Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Roberta Thays Alves Paula</u>		IDADE: <u>18</u>	
DATA: <u>16/02/2020</u>		PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	
TIPO SANG. JIRO		HEMATÓCRITO		GLICEMIA	
		HEMATÓCRITO		GLICEMIA	
		HEMATÓCRITO		GLICEMIA	
AP. RESPIRATORIO		ASMA		BRONQUITE	
AP. CIRCULATORIO		ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO		DENTES		PERCUSSO	
ESTADO MENTAL		ATRAVIGADO		CORTICOIDES	
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO		ESTADO FISICO		FISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES					
MEDICAÇÃO PRE-ANESTESICA		APLICADA		EPRITO	
00:20					
AGENTES ALERGIAS					
LÍQUIDOS					
CÓDIGOS					
VIA ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO: O					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					
POSICÃO					
AGENTES					
TÉCNICA					
OPERAÇÃO					
CIRURGIÕES					
TESTISTAS					
REAGIÕES					



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
Bolsa de Emergência (B.E.) - Modelo 03

Data: 18/02/2020
NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues



PARAÍBA
Governo do Estado



PARAÍBA
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



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Gratuito
100.00

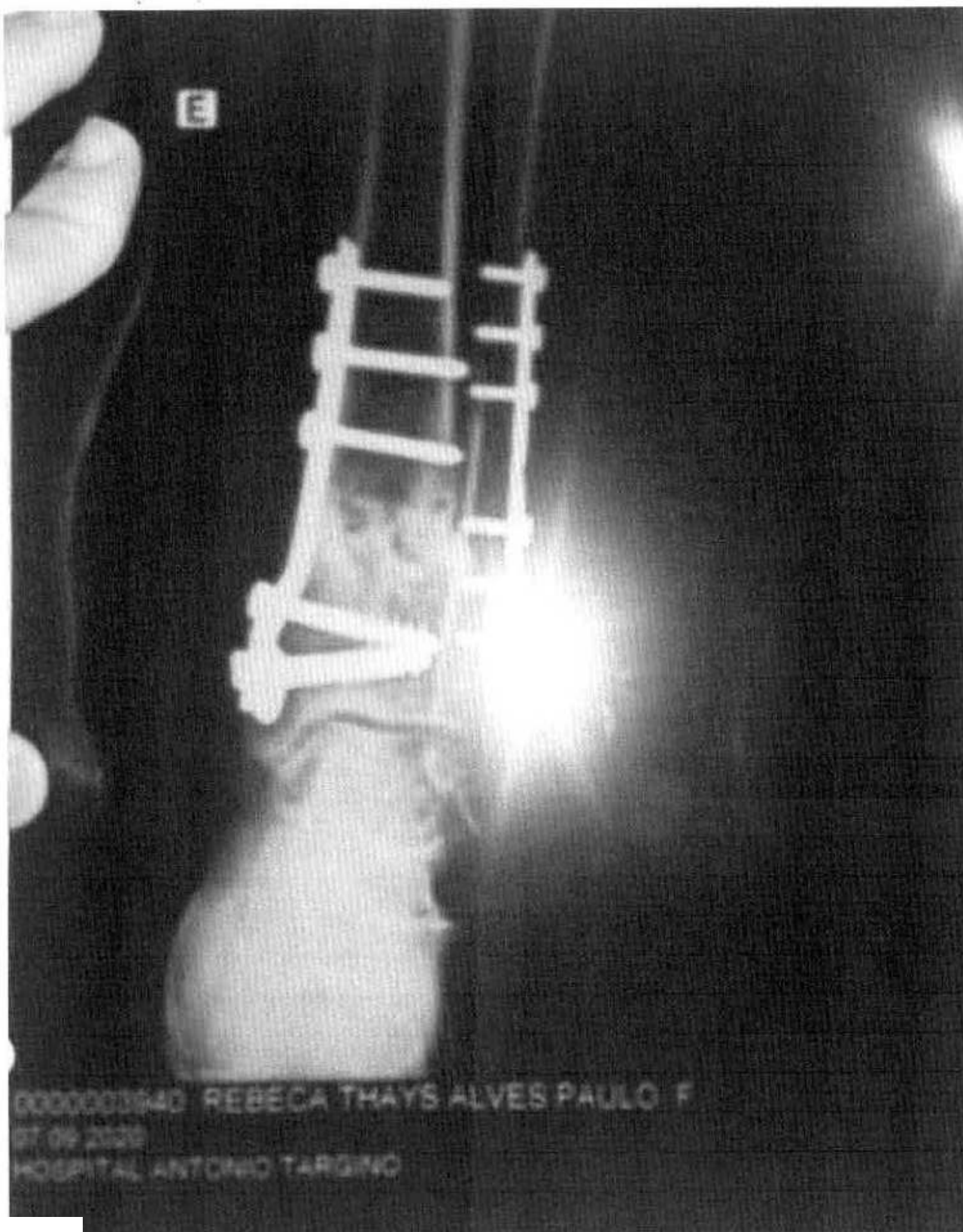
GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

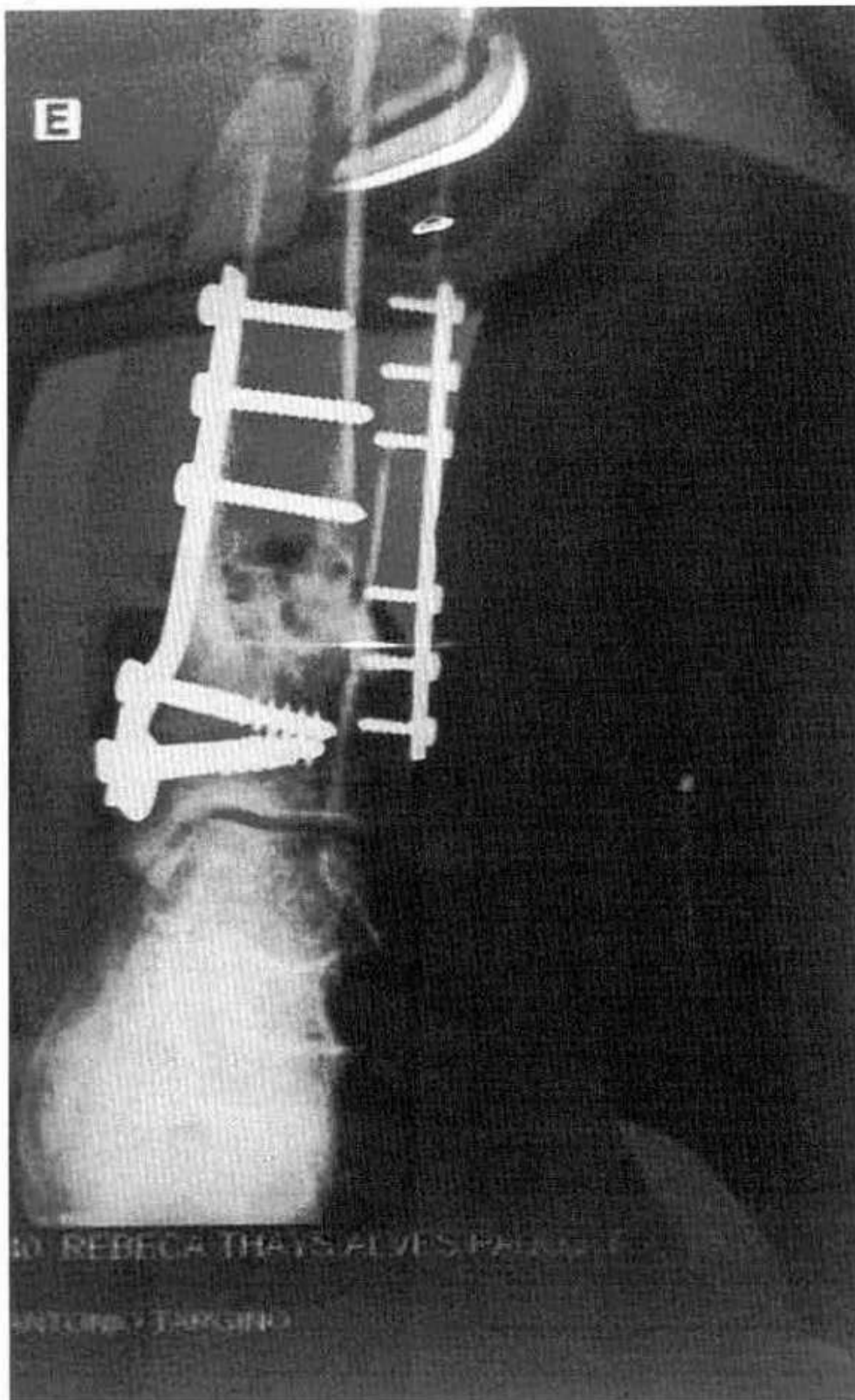
PACIENTE: <i>Pedro Thiago Alves Pinheiro</i>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	<i>Sala 04</i>	<i>SUS</i>	<i>19/08/2021</i>	<i>267647</i>	
CIRURGIA: <i>Artroscopia do joelho direito + Sutura de tendão anterior</i>			CIRURGIÃO: <i>Dr. Alexandre Gomes</i>		
ANESTESIA: <i>Peridural</i>			ANESTESIA: <i>Dr. Alexandre Gomes</i>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
<i>Dr. João</i>		<i>16/08/2021</i>	<i>08:00</i>	<i>02:30</i>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Atropina amp.		Cat. p. Oxi.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Cat. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimor amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolanina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose n°		Cora pr osso
	Inova ml		Dreno Pezzer n°		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina <i>100mg</i> % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Proglumina amp.		Espandráculo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido l/m		Furacin ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelidn ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca
	Rapifen amp.		H.O. ml		Mononylon
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxicid amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocortis amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigenio l/m		
	Glucos de Cálcio amp.		Polifix		
	Haemacel ml		PVP Degemante ml		
	Heparina ml		PVP Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sação Antiséptico		SG Normotermico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrolinazol		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml
	Pessil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Suptanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica		
	<i>Amoxiclavina 1g</i>		Sonda Uretral n°		
			Sterycem ml		
			Tornetinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Látex		
	Agulha desc. 3 x 4.5				
	Agulha p/ raque n°				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				

Maria Glória Monteiro



0000003640 REBECA THAYS ALVES PAULO F
07/09/2020
HOSPITAL ANTONIO TARGINO







MINISTERIO DAS CIDADES		
DETRAN - PB		Nº 014666300240
70292070625		
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO		
PST 0140100051401-2		
VIA	CDG PT. AVANÇ	ENTRADA
1	0049000544-0	00/00000000
NOME ENGERECC		
RAFAEL CORREIA DOS SANTOS		
RUA ALMIRANTE TAMANDARÉ 293		
JOSE PINHEIRO		
58407375 CAMPINA GRANDE PB		
OFFICIA		PLACA
06583033453		05E9535/2B
NOME ANTERIOR		
EUCLEDES RAMOS DE ARAUJO		
PLACA ANT./UF	CHASSI	
NOVO PB	9C2ND0910CR403122	
ESPECIFIC		COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		GASOLINA
MARCA/MODELO		ANO FAB - ANO MOD
HONDA XRE 300		2012 - 2012
CAP/POV/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/291 /CI	PARTIC	VERMELHA
OBSERVAÇÕES		
SEM RESERVA DE DOMINIO		
DOCUMENTOS INTERIORES		
M. Motor : ND09E1C403122		
LOCAL	DATA	
CAMPINA GRANDE - PB	13/06/2013	
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			
VIA	COLUNA	PLACA	EXERCÍCIO
		OFE9535	2019
NOME / ENDEREÇO			

PLACA ANTIGA		PLACA	
		OFE9535	
ESPECIE / TIPO		COMBUSTIVEL	
PASSA / MOTOCICLET		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/XRE 300		2012 2012	
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR		VERMELHA	
VENC. DATA ÚNICA		VENC. DATA ÚNICA	
31/07/2020		1º	
PAGAR / PIS		2º	
PARCELAMENTO / DATA		3º	
OBSERVAÇÕES			
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

