



Número: **0029542-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CICERA ESTELINA DA SILVA (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71800 977	30/11/2020 14:48	<u>2741485_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 30ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00295423120208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CICERA ESTELINA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
RECIFE, 26 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoportoadvocacia.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:48:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014481518200000070393643>
Número do documento: 20113014481518200000070393643

Num. 71800977 - Pág. 1



Número: **0029542-31.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 30ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

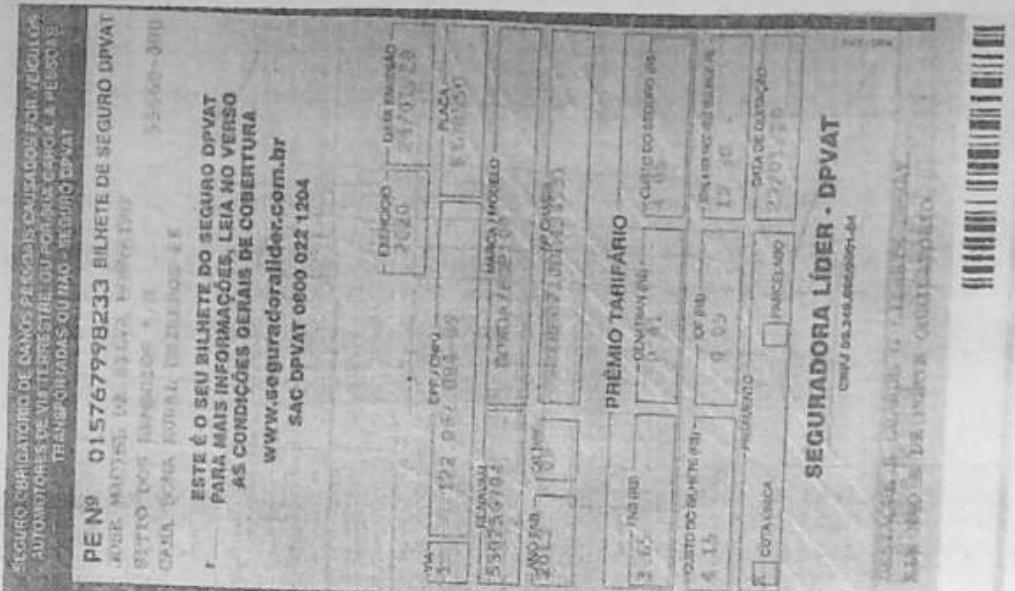
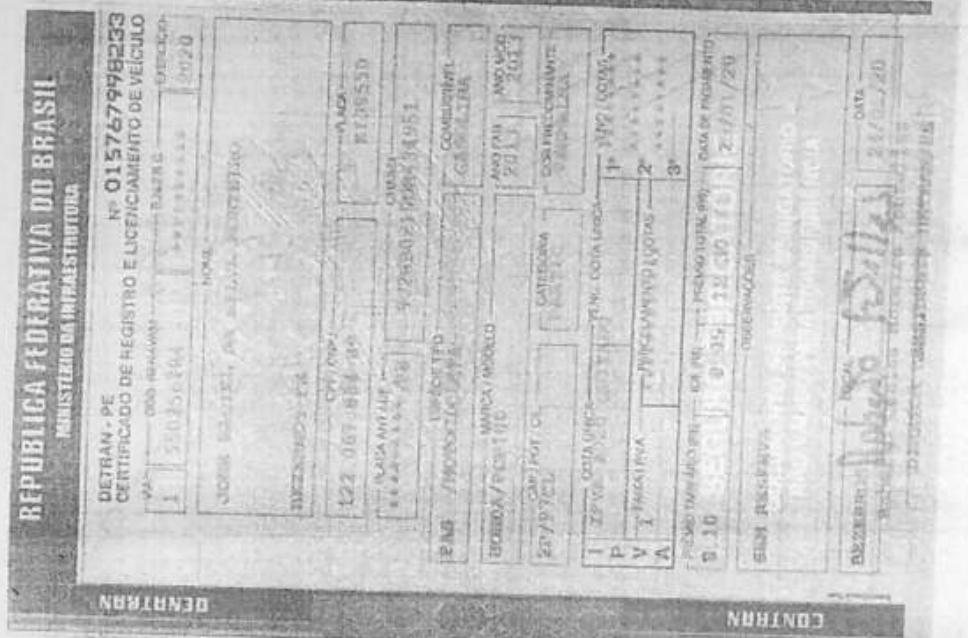
Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CICERA ESTELINA DA SILVA (AUTOR)	EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)
HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71800 979	30/11/2020 14:48	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT**

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2020 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

BILHETE PAGO EM: 23/01/2020

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PE/KIJ-8550
CHASSI N°:	9C2HB0210DR434951
RENAVAM:	00550256784
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 12,30 (DOZE REAIS E TRINTA CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 4 de Maio de 2020



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1586 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

Este documento é de natureza técnica. Seguradora Líder DPVAT não é responsável por qualquer informação que possa estar incorreta.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:48:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014481529900000070393645>
Número do documento: 20113014481529900000070393645

Num. 71800979 - Pág. 2



Alcira Estelina da Silva

ASSINATURA FOTOGRÁFICA

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDEZ: 10 ANOS
VALIDADE: 19-08-1991

NOME: CICERA ESTELINA DA SILVA

Manoel Monteiro da Silva
Estelina Severina da Silva.

NATURALIDADE:

BEZERROS PB

DATA DE NASCIMENTO:

28-06-1972

C. Nasc. 16.646, Fls. 216v, Liv. 15, 1

Cart. de Bezerrros PB

Alcira Lello

ASSINATURA FOTOGRÁFICA

CARTERA DE IDENTIDADE

882279284 04

882.279.284.04

Cicera Estelina da Silva

NASCIMENTO
28.08.72

Cicera Estelina da Silva

INSTITUTO TAVARES BURI - COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DO INSTITUTO DA PESQUISA TECNICA - IPI
DE CONTAÇÃO E NÃO POSSUI VALOR PESSOAL, NEM
PARA QUASQUER SITUAÇÃO DE INCUMPLIMENTO PESSOAL, A QUALQUER FIM, DA AUTORIDADE
DA POLÍCIA FEDERAL.

CRÉDITO DO ATENDEU ENCONTRADO

024/0112-6

12/03/91

BANDEPE
0410200-2

Yves Cordeiro de Melo Junior

REC. MATRÍCULA E REGISTRO DE PESQUISA TECNICA - IPI
APROVADO PELA AUTORIDADE DA POLÍCIA FEDERAL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTÃO DA 091^º CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91^ºCIRC
DINTER1/14^ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E4143000767

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/05/2020 às 16:01

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 7/10/2019 às 17:30

Lugar ocorrido: no endereço: BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 01, ESTRADA CARROÇAVEL - ZONA RURAL DE BEZERROS - BEZERROS / PERNAMBUCO BRASIL - Ponto de Referência: GRUPO ESCOLAR
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR / AGENTE : JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO (OUTRO)
CICERA ESTELINA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO

Identificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

CICERA ESTELINA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ESTELINA SEVERINA DA SILVA Pai: JOSE MACIEL MONTEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 28/8/1972 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / Documento: 4650558/SSP/PE (RG) 88227928404 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Residência: BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 01, S/N - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mae: CICERA ESTELINA DA SILVA EDNALDO LEANDRO MONTEIRO Data de Nascimento: 30/3/1997 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / Documento: 9791506/SSP/PE (RG) 12206788489 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AGRICULTOR(A) Residência: BAIRRO DE SITIO DOS REMEDIOS, 01, S/N - CEP: 0 - Bairro: SITIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

Nome do Advogado: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

Identificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) da propriedade do(a) Sr(a). JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO, que estava em posse do(a) JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO
MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)



KIJ8550 (PE/PIAMBUCO BEZERROS) Renavam: 550256784 Chass: 9G2HD0210DR434951
Ano: 2013/2013 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

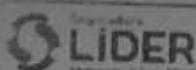
O SENHOR JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO DECLARA QUE NA DATA REFERENTE AOS FATOS ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA, TENDO COMO GARUPA SUA GENITORA A SENHORA CICERA ESTELINA DA SILVA, QUE AMBOS TRAFEGAVAM COM DESTINO A SUA RESIDENCIA NA VILA DO SITIO DOS REMEDIOS, ZONA RURAL, QUE, NAS PROXIMIDADES DO BAR DE DANIEL UMA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR UM CONDUTOR DESCONHECIDO O QUAL TRAFEGAVA EM ALTA VELOCIDADE, VINDO EM DIREÇÃO CONTRÁRIA DO CONDUTOR JOSE MACIEL, O QUAL NÃO CONSEGUIU EVITAR A COLISÃO, CAINDO EMSEGUIDA TODOAS AO CHÃO, QUE CONDUTOR DESCONHECIDO SE EVADIU DO LOCAL, QUE A SENHORA CICERA ESTELINA DA SILVA FICOU CAIDA AO CHÃO, EM SEGUIDA SOCORRIDA PELO DECLARANTE JOSE MACIEL O QUAL A LEVOU PARA SER ATENDIDA NA UNIDADE MISTA SÃO JOSE, LOCAL ESTE ONDE FOI ATENDIDA E NO DIA SEGUINTE A VITIMA FOI SUBMETIDA A EXAMES DE RX, ONDE FOI DIAGNOSTICADO UMA FRATURA DE TORNozELO DIREITO; SENDO ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste E POSTERIORMENTE AO HOSPITAL JESUS PEQUENINO ONDE A VITIMA FOI SUBMETIDA AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COMO CONSTAM NAS DOCUMENTAÇÕES APRESENTADAS PELA PRÓPRIA VITIMA. NADA MAIS A DECLARAR.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Cicera Estelina da Silva
CICERA ESTELINA DA SILVA
(VITIMA) *Jose Maciel da Silva Monteiro*
JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO
(OUTRO)

O registrado por: CICERO ABILIO DE ALMEIDA - Matricula: 1581678





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha os(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do número da ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

112.279.284-01 *Cíntia Tatelina da Silveira*

INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2013

5 - Endereço:

6 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

7 - Bairro: *Centro*11 - Cidade: *Belo Horizonte*

13 - Estado:

14 - CEP:

55600-000

15 - Tel. (DDD):

31 999324650

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 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

22 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

23 - CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: *Santander*

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: *4045*CONTA: *01-038688*

(Inserir o dígito se existir)

Atento à Seguradora Lider, a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, de 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.

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

Tudo o que está autorizado não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso o resultado do seu conselho.

23 - 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 falecimento da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos

Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Sim Não

nascituro (velhoz):

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

 Sim Não

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Brasília 15/05/2020*

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

17 - RG do Vítima ou ASL

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

18 - INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPER Nº 445/2013

19 - Nome completo:

20 - Endereço:

6 - CPF:

21 - Cidade:

9 - Número:

10 - Complemento:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

22 - Bairro:

15 - Tel. (DDD):

16 - Tel. (DDD):

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

23 - Nome completo do Representante Legal:

24 - RG do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

25 - Declara: (não) todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

26 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00
 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00

R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ACIMA DE R\$ 5.000,00

27 - 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: Santander

28 - AGENCIA:

29 - CONTA:

AGÊNCIA: 4045

30 - CONTA: 01-028628

(Informar o dígito se existir)

31 - Declaro, à Seguradora Líder, a credor na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, devidamente 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:

- a. Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - b. O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - c. O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
- 32 - O prosseguimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica, não tem a concordância 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 motorizado, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

33 - Declaro que este ato (não) significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso conste de 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 - Grupo Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

31 - Vítima

Sim

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

pais/irmãos vivos? Não

34 - Escrevo de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, em juízo, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da aplicação da penalização prevista no artigo 289 do Código Penal.

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

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

Assinatura da testemunha:

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Brasília 15/05/2020
Lívia Estelina da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura da testemunha (se houver)

TESTEMUNHAS





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, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200183035 **Vítima: CICERA ESTELINA DA SILVA**

Data do Acidente: 07/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERA ESTELINA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00635/00636 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 15794380



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:48:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014481529900000070393645>
Número do documento: 20113014481529900000070393645

Num. 71800979 - Pág. 9



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, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200183035 **Vítima: CICERA ESTELINA DA SILVA**

Data do Acidente: 07/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERA ESTELINA DA SILVA

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: CICERA ESTELINA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 033

Agência: 000004045

Conta: 000001038688-9

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 01177/01178 - carta_15R - INVALIDEZ



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, retorno 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



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: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERA ESTELINA DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04045

CONTA: 000001038688-9

Nr. da Autenticação F0489380372F2311



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:48:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014481529900000070393645>
Número do documento: 20113014481529900000070393645

Num. 71800979 - Pág. 11

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200183035 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERA ESTELINA DA SILVA **Data do acidente:** 07/10/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 5/8/19 _CIRURGIA

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-0142782/20

Vítima: CICERA ESTELINA DA SILVA

CPF: 882.279.284-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/10/2019

Titular do CPF: CICERA ESTELINA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERA ESTELINA DA SILVA : 882.279.284-04

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.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:48:15
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014481529900000070393645>
Número do documento: 20113014481529900000070393645

Num. 71800979 - Pág. 13



PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE ATENDIMENTO



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO:	
DATA: 07/10/19		HORA: 16:14		TELEFONE:	
NOME: Edilma da Silva				IDADE:	
NOME DA MÃE: Estelene Souza da Silva					
CIDADE: Rio de Janeiro		BAIRRO:			
		SINAIS VITAIS			
PA: 120 mmHg	HGT:	mg/dL	T: 36°C	PESO: 60 kg	Teen: Entregueu

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

1 - Sinais de Emergência imediata
CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- Apneia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR<10 ou >32 bpm
- O Envenenamento tóxico O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
- O PAS <90 ou >200mmHg O PAD <40 ou >130mmHg HGT <40 ou > 110 mmHg O Convulsão

- Insuficiência respiratória exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
- Desidratação O Anafilaxia associada a insuficiência respiratória

Unidade de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou hospitalar, de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- Desnutrição com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS <90 ou >180mmHg O PAD <50 ou >110mmHg sem alteração
- O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambular
- O Tique pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ<10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- O Dor abdominal intenso O Dor torácico intenso O Malária O Hemorragia

- 2 - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

- O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- O Dolor intenso O Enfrose, suspeita de fraturas, luxações

- O Diarréa, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
- O Histórico de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcessos O Intercorrências ortopédicas

Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

- O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes
- O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

Vermelho

Amarelo

Verde

Azul

Alergias: () NÃO () SIM

ENCARTE:

ORIENTAÇÕES:

Assinatura da Enfermeira:

Assinatura da Assistente Social:



DETALHAMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO

clamoroso ronco

VOLTAREM 1.AMP. 2/21

DEXAMETASONA 1AMP. 2/21

DICLOFENAC 1.AMP. 2/21

Final 2.º dia, melhora

Consulta simples
Consulta c/ Observação
(consultas ordinárias)

Melhora
Solicitação
Transferência
Indisciplina
Óbito

Data: _____ / _____ / _____
Hora: _____
SIM ()
NÃO ()
DIAS: _____

13
Médico - CREMEPE





PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ



108 903864538423

HORA:	15:15	TELEFONE:	3222-1234
EDAD:	45		
DATA DE NASCIMENTO:	10/01/1952	ACOMPANHANTE:	JOSE MARIA
BAIRRO:	200		

HGT: / mg/dL T: / °C PESO: / kg Técn. Enfermagem/COR

Le Signal de l'Enseignement à l'Université

Apneia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR<10 ou >32 lpm
Corrientes frias O Enchimento capilar letitífero O Pulo fraco ou ausente O PCR O Sudorese
>50 ou >200mmhg O PAD <40 ou >130mmhg HGT <40 ou > HI mg/dl O Convulsão no momento
do ressuscitamento/Glasgow <12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios O PAF O PAR O Sopro

2 de urgencia. Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como 1 e 2.

de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

O paciente O Vacinas ressecadas O Vômitos no momento
 hidratadas de 1^o e 3^o áreas não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
 curvas engeladas e lutações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
 abdominal intensa O Dor torácica intensa O Melena O Hematemese O Enterorragia O Epistaxe
 sidentes perito-cortante com material biológico O Crise agridoce

CLASSIFIED AD COMMERCIAL

entre outros sinais clínicos < 39°C. O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- embolia intensa. O Entorse, suspeita de fraturas, luxações.
- Dor abdominal sem alterações de sinais vitais. O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
- intenso, direta sem sinais de desidratação. O Enxaqueca. O Dor de ouvido moderada a severa.

andró crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social).

CLASSIFICAR COMO AZUL

1. *On the Nature of the Human Species* (1859) by Charles Darwin

Administração de medicamentos. O Mestrado em Enfermagem da UFSCar tem como objetivo formar profissionais de enfermagem capazes de exercer a profissão de forma ética, crítica, reflexiva e responsável, com competências para a administração de medicamentos.

Solicitação de exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.

Constipação intestinal sem outros sintomas. O Trato ou enteado é normal.

CLASSIFICATIONS

Träume zu Hause

Alergias: () NÃO (X) SIM

SOMMARIO

Assinatura da Enfermeira e Coordenador

Carinulas



DATA DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO

~~HISTÓRICO~~ POR MÉDICO ENTRE
~~DATA~~ + INDÍCIO DE FONTE DE
PROBLEMA MÉDICO E UNICO
DESSA

CONDUTA / REAVALIAÇÃO / CONDUTA MEDICAÇÃO

~~conduta~~
→ ENCAO MRA

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	AVALIADO
Consulta simples	Melhora Solicitação	Data: / /	SIM () NÃO ()
Exame complementar	Inoscipina Óbito	Assinatura	DIAS

Médico - CREMEPE





Prefeitura Municipal de Bezerra
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Orbicular
HRA

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Pediátrico () SENHA 5788691
Local do暴力/violência/accidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: Cicero Estelino da Silveira IDENTIFICAÇÃO: 47anos

Profissão: _____ Pónte: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Bezerros

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Locomoção Terrestre: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco de Frente () Uso de cinto: S() N()
Motociclista: Passageiro () Motorista () Uso de Capacete: S() N()
Deslocamento/Guindamento () Soterramento ()
Avião/Brigadeiro () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Incêndio/Fogo/Fimça/Choque Elétrico ()
Avalancha: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada: _____ Metros () Queda de Própria Altura
Armas: () Por Arma de Fogo/Tiro () Arma Branca/Tiro: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Criança: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Explosão () Corte/Arranho: _____

CAUSAS CLÍNICAS

Hipotensão arterial Fractura longilínea por mola apresentando
em nível de média ósseo.

Novo Diagnóstico: Fratura de mola de média óssea

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Coloração Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: 120/80
Pulseira: FR: _____ Disprela: S() N() Trânsito Intercostal: S() N() Oclusão Vias Aéreas: S() N()
Síntese Expiratória: S() N() BAN: S() N() Desformidade do Tórax: S() N() Gemião Estriado: S() N()
Síndrome Pali/Chate: S() N()
Aparecimento: Paroxistico: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
Tremor Periférico: Boa () Letificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arrítmico () Filitome () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorrada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N() Desidratação: S() N() Ictenio: S() N()

PR: RN 35-60
< 1 ano 30-60
crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-180
< 1 ano 60-140
crianças 80-110
Adulto 80-100



EXAME NEUROLOGICO

08/10/2019 10:00

	RESPOSTA VERBAL	RG5-2571 017
Orientado	5	Orientado ao conteúdo
Confuso	4	Orientado Pessoal e Contexto
Resposta inapropriada	3	Relacionado Pessoal e Contexto
Sons incompreensíveis	2	Desorientado
Bem responde Verbal	1	Desorientado

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

16/279 - Dano Motor: 1 - Desvio comportamental: 1

16/279 - Alterações: 1 - Midressa: 1 - Mosa: 1

NATUREZA DA LESÃO

16/279 - Trauma exógeno: S/ 1 N/ 1
16/279 - Trauma Pélvis: S/ 1 N/ 1
16/279 - Fratura em Ossos Longos: Fechada: 1 - Aberta: 1

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

16/279 - Tabaco, Vodka: 1 - Cigarro: 1
16/279 - Uso de Maconha: 1 - Solenidade/Agitação: 1 - Alteração no humor: 1
16/279 - S/ 1 N/ 1 - Informante: Vítima: 1 - Outros: 1
16/279 - Cigarro, Cocaína: 1 - Crack: 1 - Lantana/Urubu: 1 - Anfetamina: 1 - Xanfe: 1

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

16/279 - S/ 1 N/ 1
16/279 - S/ 1 N/ 1
16/279 - S/ 1 N/ 1 - Exacerbado: _____
16/279 - S/ 1 N/ 1 - Desmaio: 1 - CPAP: 1
16/279 - S/ 1 N/ 1 - Sopro e/ou sussurro: S/ 1 N/ 1
16/279 - S/ 1 N/ 1 - Edema: 1
16/279 - Edema: Focalizada: _____
16/279 - FIC2: _____

16/279 - Reabilitação: Caso contundente: S/ 1 N/ 1
16/279 - RX: S/ 1 N/ 1 - Análise: S/ 1 N/ 1
16/279 - Infiltração de Fluidos: S/ 1 N/ 1 - Desperme: _____
16/279 - Infusão de Fluidos: infundido: _____
16/279 - Cirurgia: _____
16/279 - Interconsultas: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Avistado do Hospital

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

16/279 - S/ 1 N/ 1 - S/ 1 N/ 1 - S/ 1 N/ 1
16/279 - S/ 1 N/ 1 - S/ 1 N/ 1 - S/ 1 N/ 1
16/279 - S/ 1 N/ 1 - S/ 1 N/ 1 - S/ 1 N/ 1
16/279 - S/ 1 N/ 1 - S/ 1 N/ 1 - S/ 1 N/ 1

08 OUT 2019

16/279

MÉDICO REFERENTE

J



Prefeitura Municipal de Bezerros
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista São José



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o(a) paciente Cleia

Estrela da Serra, REG nº
deu entrada nesta
Unidade de Saúde, no dia 08/10/19, às 10:18 hrs, sendo
liberado às 18 hrs. do dia 09/10/19, onde
foi transferida para o H.R.A.

Bezerros, 15 de 10 de 19.

Stéphanie Frangil de V. Souza
CORRÉDOR: 436.330
Gerente de Enfermagem

CARIMBO E ASSINATURA





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO INFANTO JUVENIL
CENTRO DE REabilitação E QUALIDADE DE VIDA
DR. Malissa Lucivas Gomes de Souza

RECEITUÁRIO

Loucas Finoterapeutas

Dados para os devidos fins que,
Cicera Estelina da Silva, vítima
de trauma, submetida a procedi-
mento cirúrgico para tratamento do
trauma do tornozelo D, encontra-se
em tratamento finoterapêutico neste
mês.

A mesma opõe limitações funcionais,
não estando capaz de para desenvolver
as suas atividades de trabalho.

07/02/2020

~~Assinatura Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior~~

~~Finoterapeuta Profissional~~

Rua Vitoriano Pereira de Lima nº84 - Centro - CEP 55560.000- Bezerrão
Fone/Fax: (81) 3728.6716/6717/6718



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 550436

Prontuário: 346682

Nome: CICERA ESTELINA DA SILVA

Data Nasc.: 28/09/1972

Idade: 47

Sexo: FEMININO

Cor: PARDAS

Religião:

RG: 4650558

CNS: 708003864508428

Endereço: SITIO DOS REMEDIOS

CEP: 54600-000

Fone:

Cidade: BEZERROS

Nº: 0

Estado: PE

Mae: ESTELINA SEVERINA DA SILVA

Profissão: APOSENTADO

companhante:

Atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO

Setor: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO Data: 06/10/2019 18:41

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Atendente Principal / HDA:

FONTE VITIMA IR AGRESTE DE TRAJANO
COM FRACOS EM TAMBORAO D. NORTE
DE UMA MOTO E ATROPELADA COM
FRACAO DA CINTURA E INMobilIZADA

Sintoma Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

REAGAO DA CINTURA E INMobilIZADA
COM DORSO DO

Diag. Provisório:

FRACTURA LUXACAO TAMBORAO D

TRAPEZIO MOTOGRADA DE MOTO E
DO CONTROLE MOTOGRADA COM FRACAO
DE CINTURA

ESCRITURAÇÃO:

Dieta: _____

Horário

1	2	3
4	5	6
7	8	9
10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
22	23	24
25	26	27
28	29	30
31	32	33



Cadastrado.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Usuario da Internação
ROSANGELASSB



550457



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Identificação do Paciente	Data Int.:	03/10/2019 19:44	Atendimento:	550457	Nº AIH:	346682	
Nome: CICERA ESTELINA DA SILVA	Nascimento:	28/06/1972	Idade:	47	Sexo:	FEMININO	
					Cor:	PARDA	
					CNS:	708003884508428	
Endereço:	SITIO DOS REMEDIOS					Nº:	0
Local:	ZONA RURAL					Cidade:	BEZERROS
CEP:	56660000					Fone:	Profissão: APOSENTADO
Nome da Mãe:	ESTELINA SEVERINA DA SILVA						
Nome do Conjugue:							
Nome do Filho:						RG:	
						Fone:	
Internar Para:							
Unidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA							
Unidade de Internação: SALA VERDE							
Leito: S VERDE 09							
Diagnóstico Inicial							
Conteúdo do Laudo Médico:							
Procedimento Solicitado:							
Procedimento Realizado:							
Atendimento Médico							
Med. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo		

4 - Procedimentos Especiais

- MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- DIÁRIA DE UTI
- DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- VACINA ANTI RH
- USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- USO DE PRÓTESE, ORTESE
- USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO
- USO DE OXIGENADORES
- NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - História Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
03/10/2019 19:44		



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Usuario da Internação
ROSANGELASSB



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Identificação do Paciente:	Date Int.:	08/10/2019 19:44	Atendimento:	550457	Nº AIH:	
Nome: CLEURA ESTELINA DA SILVA					Prontuário:	346662
Data Nasc.:	28/05/1972	Idade:	47	Sexo:	FEMININO	Religião:
					Cor: PARDA	CNS: 708003864508428
Endereço:	SITIO DOS REMEDIOS					Nº: 0
Estado:	ZONA RURAL	Cidade:	BEZERROS		Estado:	PE
CEP:	55640000	Fone:			Profissão:	APOSENTADO
Nome da Mãe:	ESTELINA SEVERINA DA SILVA					
Nome do Conjugue:						
Endereço:	RG:	Fone:				
- Internar Para:						
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA						
Unidade de Internação: ORTOPEDIA						
Diagnóstico Inicial						
Constante do Laudo Médico):						
Leito: ORTOPEDIA 14						
Procedimento Solicitado:						
Cód.:						
Procedimento Realizado:						
Cód.:						
Assentimento Médico						
Méd. Lndo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo	
- Procedimentos Especiais						
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS						
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI						
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE						
<input type="checkbox"/> VACINA ANTI RH						
<input type="checkbox"/> USO DE DERIVADOS DE SANGUE						
<input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE, ORTESE						
<input type="checkbox"/> USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO						
<input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES						
<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL						
- Historia Clínica						
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO						
MOTIVO DE ALTA						
DATA DE INTERNAMENTO		DATA DE ALTA		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO		
08/10/2019 19:44						



Solicitação de Diária de Acompanhante
Laudo Médico / Serviço SocialNome do Paciente: Licera Estelita da SilvaData de Nascimento: 28/08/1972 Registro: _____Setor: Av. verde / atap. Leito: _____Nome do Acompanhante: Serviço de Fazenda Montaria

Sítio Remédios Begenos Fc. (81) 9580-4005 Manahé sobrinho

Justificativa Médica: _____

Maria Eulálio Leite Magalhães

Enfermeira

MEC/2014

Data: 09 / 10 / 19

Assinatura e Carimbo do Médico

Acompanhante para pacientes assegurados por Lei: Menor de Idade, Idoso ou
DeficienteJustificativa Social: _____

Vilani de Jesus Santos Silva

Assistente Social

CRESS 11130847 Carimbo da Assistente Social

Data: 09 / 10 / 19Alma Lucia Moreira Silva
Assistente Social
CRESS 8170 - 4ª Região

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Ministério da Saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Nome do Paciente:

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Registro Nº:

Nome:

Leito Nº:

Data:

Hora:

EVOLUÇÃO

6/11/2020

21:45:00 Bem estabelecido

Pronto para alta e alta de
morte que foi dada ao paciente
morte por morte com morte
letalica em 01 Nov 2020 com
1 minuto de eletrocardiograma
para clínica

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



HRA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

EVOLUÇÃO NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: Cidênia Estelina DATA: 09/10/2019
SETOR: UH LEITO: — REGISTRO: 316682
JID: FMD

DIETA PRESCRITA

DIETA ADMINISTRADA:

VIA: ENTERAL

CONSISTÊNCIA	CARACTERÍSTICA	SUPLEMENTOS	ACEITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> FÍDRE	<input type="checkbox"/> HIPOSSÓDICA	<input type="checkbox"/> HIPER	<input checked="" type="checkbox"/> BOA
<input type="checkbox"/> BRANDA	<input type="checkbox"/> HIPOGLICÉMICA	<input type="checkbox"/> HIPERCALÓRICO	<input type="checkbox"/> REGULAR
<input type="checkbox"/> PASTOSA	<input type="checkbox"/> HIPOLIPÍDICA	<input type="checkbox"/> HIPERPROTEICO	<input type="checkbox"/> RUIM
<input type="checkbox"/> LIQ. PASTOSA	<input type="checkbox"/> NEFROPATA CONSERVADOR	<input type="checkbox"/> MÓDULO DE CH	<input type="checkbox"/> INAPETENTE
<input type="checkbox"/> LIQ. TOTAL	<input type="checkbox"/> NEFROPATA EM HD	<input type="checkbox"/> MÓDULO DE PTN	
<input type="checkbox"/> LIQ. CLAROS	<input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA	<input type="checkbox"/> MÓDULO DE LIP	
<input type="checkbox"/> LIQ. DE PROVA	<input type="checkbox"/> HIPERCALÓRICA	<input type="checkbox"/> REGULADOR	
<input type="checkbox"/> ZERO	<input type="checkbox"/> ALTA ABSORÇÃO	INTESTINAL	
	<input type="checkbox"/> CONSTIPANTE		
	<input type="checkbox"/> LAXANTE		
	<input type="checkbox"/> SIG		
	<input type="checkbox"/> SEM GLÚTEN		
	<input type="checkbox"/> SEM LACTOSE		

VIA: EN SNE: () SNG: () SOG: () GTT: ()

VAZÃO	FÓRMULA	INF. NUTRICIONAIS
120ML/H	<input type="checkbox"/> POLIMERICA	<input type="checkbox"/> SEM LACTOSE
150ML/H	<input type="checkbox"/> OLIGOMÉRICA	<input type="checkbox"/> SEM GLUTEN
180ML/H	<input type="checkbox"/> AA. LIVRE	<input type="checkbox"/> SIG
200ML/H	<input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA	<input type="checkbox"/> COM FIBRAS
160ML/H	<input type="checkbox"/> HIPERCALÓRICA	<input type="checkbox"/> C. GLICÉMICO
70ML/H	<input type="checkbox"/> INORMOCALÓRICA	
80ML/H	<input type="checkbox"/> INORMOPROTEICA	
90 ML/H	<input type="checkbox"/> IMUNOMODULADORA	

ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS:

VACUAÇÕES	VÔMITOS	DIURESE	SINTOMAS
<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> DISFAGIA
<input type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> DISTENÇÃO ABD.
<input type="checkbox"/> DIARRÉIA	<input type="checkbox"/> SNG ABERTA:		<input type="checkbox"/> DOR EPIGÁSTRICA
<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO	DEBITO: _____		<input type="checkbox"/> ENJÓO
CRN: _____			<input type="checkbox"/> PIROSE

OBSERVAÇÕES: _____

Segue aos cuidados do serviço de nutrição e dietética.

Assinatura
Nutricionista
CRN: 17904



Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Notas ou anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável



08/10/2019 18:31

Nome Paciente: CICERA ESTELINA DA SILVA
Codd. Paciente:
Data de Nascimento: 28/06/1972
Sexo: Feminino
Idade: 47
Senha: 130035
Convenio:
Atendimento:
SANE-

08/10/2019 18:32 - 08/10/2019 18:33

MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

POUCO URGENTE

VERDE

Sintoma Principal: ATROPELAMENTO POR MOTO APRESENTANDO SINAIS DE FRATURA EM MID
Sintomas Adicionais: HAS- DM-
Antecedentes: ALERGICA A DIPIRONA
Data de 1º Sintoma: FERIDAS
Antecedentes (s): - INFLAMAÇÃO LOCAL?
Localização: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/10/2019 18:33

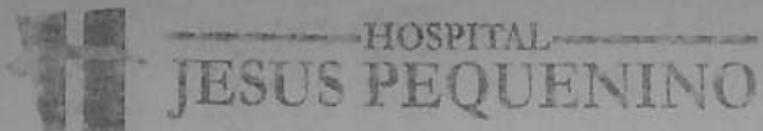
Prints do Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:48:15
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113014481529900000070393645>
Número do documento: 20113014481529900000070393645

Num. 71800979 - Pág. 29



DECLARAÇÃO

Bezerros - PE, 12 de OUTUBRO de 2019.

Declaro para os devidos fins, que **CICERA ESTELINA DA SILVA**, portadora do RG: **4.650.558** esteve nesta unidade hospitalar, do dia **10/10/2019** até o dia **12/10/2019**, para submeter-se a procedimento cirúrgico ortopédico (fratura de tornozelo direito). Ficando impossibilitada de comparecer às suas atividades laborais.


Vanessa Andrade Lima
ENFERMEIRA
COREN PE 509.692

Vanessa Andrade
Enfermeira
COREN/PE: 509.692





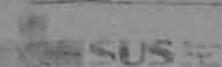
NOME: Clássia Estelma da Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: l^{ux} de b^{ra}co D121.532 CID-10: l^{ux} de b^{ra}co D121.532, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 11/10/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 06/11/20





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

Nome do Paciente CICERA ESTELINA DA SILVA			6 - Número do Prontuário 33472
Cartão Nacional de Saúde (CNS) - 708003884508428	8 - Data Nascimento 28/08/1972	9 - Sexo FEMININO	10 - Raça/Cor 3
Nome da Mãe ESTELINA SEVERINA DA SILVA			10.1 - Etnia
Nome do Responsável			12 - Telefone de Contato
			14 - Telefone de Contato

Entrega (Logradouro, nº, complemento, bairro)
ESTADO DOS REMEDIOS, SN / - ZONA RURAL

17 - Cod. IBGE município 18 - UF 19 - CEP
06200-000 PE 55660-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

st. c/ frases maleolos duros, aps hanc

www.elsevier.com/locate/espmed

QC4 EF

Concord Com
munity Services
Assistants Social
Services No. 47

• Exames resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

၁၄.၀၃.၂၅၁၄၁

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRACTURA MALEOLÓDICA 24 - CID 10 Principais: 582.9 25 - CID 10 Secundários: 80.10, 80.8, 99.7
PROCEDIMENTO SOLICITADO: 34.12, 36.04, 41

PROCEDIMENTO SOLICITADO
Descrição do Procedimento solicitado: **Intervenamento** 28 - Código do procedimento: **04-05-31244**

30 - Caráter de Intimação **ORT** **de Informar** 31 - Documento **() CNS () CPF** 32 - Nr. Doc. (CNS,CPF) do Profissional solicitante

Iron Alves 34 - Data da solicitação 35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)

39 - CNPJ da Seguradora 40 - N° do Boleto 41 - Série

42 - CNPJ da Empresa 43 - CNA da Empresa 44 - CBOR

Prevenção à Prevalência Epidemiologia Antropologia Demografia Análise Estatística Estatística Médica

49 - N. Documento: CNS/CNPJ. Profissional autorizado

Secretaria de Saúde
NUMERAÇÃO DE AIH NORMAIS

261910547013-5

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_06 - LEITO_04
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Identidade	582812	Data:	10/10/2019	Hora:	15:43	Recepção:	SIMONE VITORIA DE SANTANA
Nome	SES - ORTOPEDIA					Matrícula:	708003864508428
Identidade	DR. IRON ALVES SILVA					Identidade:	
Identidade	33472	CICERA ESTELINA DA SILVA				Cartão SUS:	708003864508428
Identidade	28.08/1972	- 47 Anos e 1 Mês				Sexo:	FEMININO
Identidade	SITIO DOS REMEDIOS, SN					Est. Civil:	
Identidade	ZONA RURAL					C.P.F.	86227928404
Identidade	2801904	BEZERROS	CEP:	55660-000	Identidade:	4650558	SSP
Identidade	MANOEL MONTEIRO DA SILVA		UF:	PE	Telefone:		PE
Identidade	ESTELINA SEVERINA DA SILVA				G. Instrução:		
Identidade	BRASIL				Ocupação:		
Identidade	SENHA GRT: 630745				Naturalidade:	BEZERROS	

Nome do Paciente

Iron em feraleolo

pe c/ fractura Maleolo doerão, apoi
travam

Exame Físico:

RX

FATURA MALEOLO D

Iron Alves

Confidente:
Original:
Hospital:
Assistente Social:
Assinatura:
Assistente Social:
CRM/PE:
Número do documento:

Tratamento:

Internado: 10 de outubro de 2019

Paciente Necessita da Acompanhante	
<input type="checkbox"/>	
Assinatura: <u>Iron Alves</u>	
CRM-PE 3601	

Estrela da Paz M. Silva
Assinatura: Iron Alves
CRM-PE 3601

