



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
71800977	30/11/2020 14:48	<a href="#">2741485_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	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.joaobarbosaadvass.com.br





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
71800979	30/11/2020 14:48	<a href="#">ANEXO 1</a>	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 Nº:	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: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/11/2020 14:48:15



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TAVARES BUIE

146



*Cicera Estelina da Silva*  
SIGNATURA DO TITULAR

IDENTIFICADORA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

4650558 DATA DE EMISSÃO 19-08-1991

NOME CICERA ESTELINA DA SILVA

PAI/MÃE Manoel Monteiro da Silva  
Estelina Severina da Silva.

NATURALIDADE BEZERROS PE DATA DE NASCIMENTO 28-08-1972

Q. Nasc. 16.646, Fls. 215v, Liv. 15, d. 1

Cert. de Bezerrões PE

*Cicera Estelina da Silva*  
SIGNATURA DO TITULAR

IDENTIFICADORA DE IDENTIDADE

CTG

882279284 04

882.279.284/04

*Cicera Estelina da Silva*

NASCIMENTO 28.08.72

*Cicera Estelina da Silva*

VALIDADE NOMENTA COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE ACÓRDÃO DO GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO - 1991  
DE AUT. CANCELADO E NOS CASOS DE ALTERAÇÃO DE DADOS  
PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NOME E ENDEREÇO A SER EMITIDA, A PRECISO DA ASSINATURA DO TITULAR  
DA REGISTRO FEDERAL

GRUPO DO AGENTE EMITENTE

024/0112 - F

12/08/91

BANDEPE  
0410200-2

ASSINATURA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

APROVADO POR IDENTIFICAÇÃO DE DADOS

*Jonatã*  
*Marcelo*  
*de*  
*União*







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC  
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 20E4143000767

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

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

Fato 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**

Pessoa(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

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**CICERA ESTELINA DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **ESTELINA SEVERINA DA SILVA** Pai: **EDNALDO MONTEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/8/1972** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4650558/SSP/PE (RG), 88227928404 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **BAIRRO DE SÍTIO DOS REMÉDIOS, 01, S/N - CEP: 0 - Bairro: SÍTIO DOS REMÉDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **CICERA ESTELINA DA SILVA** EDNALDO LEANDRO MONTEIRO Data de Nascimento: **30/3/1997** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9791506/SDS/PE (RG), 12206788489 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **BAIRRO DE SÍTIO DOS REMÉDIOS, 01, S/N - CEP: 0 - Bairro: SÍTIO DOS REMÉDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

Nome de Agência: **NAO INFORMADO**

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

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**





Placa: KJ28550 (PEPINAMBUCO/BEZERROS) Renavam: 550256784 Chassi: 9C2HB0210DR434951  
Ano/Modelo: 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 CONSGUIU EVITAR A COLISÃO, CAINDO EMSEGUIDA TODOAS AO CHÃO, QUE O 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 ONFE 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 POSTERIOMENTE AO HOSPITAL JESUS PEQUENINO ONDE A VIITMA 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 registro por: CICERO ABILIO DE ALMEIDA - Matricula: 1581678





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

1 - Nº do sinistro ou A.S.

3 - CPF do vítima:

4 - Nome completo da vítima:

INSTRUMENTO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 442/2013

Vítima completa:

8 - Endereço:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

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\$1.000 A R\$1.000,00



R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00



SEM RENDA



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT por morte, ressignificando 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do laudo emitido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



Separado judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Qual o 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:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro (a) (s)?



Sim



Não



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não



Sim



Não



Sim



Não



Sim



Não



Sim



Não



Sim



Não

Esse cliente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua condição, estando ainda, 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:

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (testemunha)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Vício 2/2013

TESTEMUNHAS





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

5 - RENDIMENTO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUGEP Nº 442/2013

6 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

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:

Declara, 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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.500,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

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 por 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.

Declaro a prossecução 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grávida 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 (se houver)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Declaro perante de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a 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 o pedido (a rogo)

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Belem 15/05/2020

Liliana Estelina da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (obrigatório)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

15/05/2020





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

Rio de Janeiro, 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,

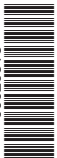
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15794380

Pag. 00635/00636 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020318





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

**Rio de Janeiro, 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**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01177/01178 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020589



# 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



## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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







PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO:
DATA: 07-10-19		HORA: 16:14		TELEFONE: 338
NOME: <u>Lucas Roberto da Silva</u>				IDADE:
NOME DA MÃE: <u>Patricia Suzanna da Silva</u>				
CIDADE: <u>Bezerros</u>		BAIRRO: <u>Bezerros</u>		
SINAIS VITAIS				
PA: <u>120/80</u> mmHg	HGT: <u>1.70</u> m	T: <u>36.5</u> °C	PESO: <u>70</u> kg	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata  
**CLASSIFICAR COMO VERMELHO**

- ☐ Anóxia, O Cianose, O Estridor, O FC <50 ou >140bpm, O FR <10 ou >32 lpm
  - ☐ Enxofrescência, O Enchimento capilar letificado, O Pulso fraco ou ausente, O PCR, O Sudorese
  - ☐ O PA <80 ou >200mmHg, O PAD <40 ou >130mmHg, HGT <40 ou >110mmHg, O Caudexa no momento
  - ☐ Intoxicação exógena, O PAT, O PAB, O Sangramento intenso
  - ☐ O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória
- Sinal de emergência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito de observação

**CLASSIFICAR COMO AMARELO**

- ☐ O Traumatizado com Glasgow entre 13 e 15, O TCE leve, O PAS <90 ou >180mmHg, O PAD <50 ou >110mmHg sem sintomas
- ☐ O Febre >39°C, O Febre com imunodepressão, O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas, O Impossibilidade de deambular
- ☐ O Tumor pastoso, O Mucosas ressecadas, O Vômitos no momento
- ☐ O Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ <10%, O Vítila de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- ☐ O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- ☐ O Dor abdominal intensa, O Dor torácica intensa, O Malena, O Hematêmia, O Vômito de sangue

III - 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 Lombalgia intensa, O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
  - ☐ O Edemas, diarreia sem sinais de desidratação, O Exzaqueca, O Dor de ouvido moderada a grave
  - ☐ O História de convulsão sem alteração do nível de consciência, O Abscessos, O Intercorrências ortopédicas
- IV - 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 Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal, 1ª crise crônica ou recidiva
- ☐ 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

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES:

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM

Assinatura da Enfermeira e Cade

Assinatura da Assistente Social



DE ATENDIMENTO

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, a

REGISTRO

*Exame de Urina e Sangue*

☒ VOLTAREM 1 AMP. *EM*  
☒ DEXAMETASONA 1 AMP. *EM*  
☒ DEXAMETASONA 1 AMP. *EM*

*End R. 01/11/20*

Consulta simples	Melhora	Data: / /	SIM ( )
Consulta e Observação	Solicitação	Hora: :	NÃO ( )
Consulta (informação)	Transferência		DIAS:
	Indicador		
	Óbito		

Médico - CREMEPE





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



708 0038 64 50 8428

HORA: 10:15

TELEFONE:

IDADE: 20

NOME DA AIAF:

DATA DE NASCIMENTO: 10/01/2000

ACOMPANHANTE:

BAIRRO: Zona Rural

Nº:

HGT: 180

mg/dL

T: 36,8

°C

PESO: 64

kg

Téc. Enfermagem/CORINA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

1- Sinais de Emergência imediata

- ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC <50 ou >140bpm ☐ FR <10 ou >32 lpm  
☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar letificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese  
☐ PAS <80 ou >200mmhg ☐ PAD <40 ou >130mmhg ☐ HGT <40 ou >40 mg/dl ☐ Convulsão no momento  
☐ Politraumático/Glasgow <=12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios  
☐ Intoxicação aguda ☐ ODAF ☐ ODAE ☐ ODAE ☐ Saneamento Intenso

☐ Sinais de emergência associados a insuficiência respiratória

☐ Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

☐ Politraumático com Glasgow entre 13 e 15 ☐ TCE leve ☐ PAS <90 ou >180mmhg ☐ PAD <50 ou >110mmhg sem sintomas

- ☐ Sinais graves ☐ Mucosas ressecadas ☐ Vômitos no momento  
☐ Queimaduras de 1ª e 2ª áreas não críticas SCQ < 10% ☐ Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas  
☐ Mucosas englobadas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa  
☐ Dor abdominal intensa ☐ Dor torácica intensa ☐ Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe  
☐ Acidentes perfuro-cortante com material biológico ☐ Crise asmática

CLASSIFICAR COMO VERDE

- ☐ Sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora  
☐ Lombalgia intensa ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações  
☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia  
☐ Tosse, discreta sem sinais de desidratação ☐ Enxaqueca ☐ Dor de ouvido moderada a grave

☐ 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

☐ Queixas crônicas sem alterações agudas ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Coriza crônica ou recorrente

☐ Sinais de emergência ou agravamento de pontos

- ☐ Administração de medicamento ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.  
☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes  
☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICACAO

Amarelo

Verde

Assinado em HD

Alergias: ( ) NÃO (X) SIM, a

ASSINADO:

Assinatura da Enfermeira e Carimbo

e Carimbo



MAIOR ATENDIMENTO	Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à	REGISTRO
-------------------	------------------------------	----------

HECOPENIA POR METO ENTE  
 + UNIDADE DE TERNOS  
 MILHO MEIO E UNICOM  
 DESVIO.

CONDUTA / REAVALIAÇÃO / CONDUTA MEDICAÇÃO

2) ENC AO MRA

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
<input checked="" type="checkbox"/> Consulta simples	<input checked="" type="checkbox"/> Melhora	Data: / /	SIM ( )
<input type="checkbox"/> Consulta de observação	<input type="checkbox"/> Solicitação		
<input type="checkbox"/> Consulta clínica noturna	<input type="checkbox"/> Inobservância		DIAS
	<input type="checkbox"/> Óbito		

Médico - CREMEPE





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



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidentes/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Situação da violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 5788694

Nome do Paciente: Cícero Estelina da Silva

IDENTIFICAÇÃO

Idade: 47 anos

Sexo: M Profissão: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Bezerros

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Modo de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passageiro ( ) Motocicleta ( )  
Transporte: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Acidente: Colisão: Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco de Frente ( ) Uso de cinto: S ( ) N ( )  
Acidente: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )  
Tipo de Acidente: Submersão ( ) Soterramento ( )  
Tipo de Acidente: Exigência ( ) Animal Peçonhento ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Quedas: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada: \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo: \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

Doença Clínica Atual: Atropelamento por moto, apresentando

fratura de metacarpo mediano direito.

Outros Diagnósticos: Fratura de metacarpo mediano (D)

AValiação Clínica

Pressão Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.O.: \_\_\_\_\_ P.A.: 120, 80  
Vias Aéreas: FF: \_\_\_\_\_ Dispnéia S ( ) N ( ) Traqueia Intercostal S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas S ( ) N ( )  
Sinais Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax S ( ) N ( ) Gemido Expiratório S ( ) N ( )  
Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Atividade Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de pele: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lendificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Ritmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-60  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 80-140  
Crianças 90-110  
Adulto 80-100



# EXAME NEUROLÓGICO

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

## RESPOSTA VERBAL

Orientado: 5

Confuso: 4

Resposta inapropriada: 3

Sem incompreensão: 2

Sem resposta verbal: 1

## RESPOSTA MOTORA

Conceda ao comando: 5

Localiza o comando: 4

Reflete ao comando: 3

Desobedece: 2

Sem resposta: 1

## TOTAL DE PONTOS ECG:

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

## NATUREZA DA LESÃO

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

## USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

## CONDIÇÃO CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

## MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Atividade do do torpedão

## CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

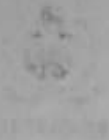
Resposta do Exame de Neurologia

08 OUT 2019

Méico Responsável







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



**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

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

Estelina da Silva

REG n°  
nesta

deu entrada

Unidade de Saúde, no dia 08 / 10 / 19, às 10:18 hrs, sendo

liberado às 18 hrs. do dia 09/10/19, onde  
fa transpencia para o H. R. A.

Bezerros, 15 de 10 de 19.

Stephanie F. V. Souza  
CORDEIRO 436.330  
Gerente de Enfermagem

CARIMBO E ASSINATURA





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
NÚCLEO INFANTO JUVENIL  
CENTRO DE REABILITAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA  
DR. Malson Lucivan Gomes de Souza



### RECEITUÁRIO

Luís Fisioterapeuta

Declaro para os devidos fins que,  
Cícera Estelina da Silva, vítima  
de trauma, submetida a procedi-  
mento cirúrgico para tratamento da  
fratura do tornozelo D, encontra-se  
em tratamento fisioterapêutico neste  
serviço.

A mesma aponta limitações funcionais,  
mas estando capacitada para desenvolver  
as suas atividades laborais.

07/02/2020

Profissional

Rua Vitoriano Pereira de Lima nº84 - Centro - CEP 55560-000 - Bezerro  
Fone/Fax: (81) 3728.6716/6717/6719





Prontuário: 346682

ORTHOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

1. APPROXIMATELY 20 AGENTS IN TRANSIT  
 COMING FROM THE TRANSIT @. NOTE  
 THE UNIT WAS A TRANSIT UNIT

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

NOTAÇÃO DA LUPAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO  
COM XÁNA BOXA

**Diagn. Provisório:**

Fratura luxaço Tornozelo (D)

TRABO RATOGRATIA DE TRAMPA E  
DO CONTROLE AUTOMATICO COM A CA  
LHAPAC

## CLASSIFICAÇÃO:

Dieta: \_\_\_\_\_

Horário



*Cadastrado*

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

Usuario da Internação  
ROSANGELASSB



50457

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1. Identificação do Paciente		Data Int.: 06/10/2019 19:44	Atendimento: 550457	Nº AIH:
Nome: CICERA ESTELINA DA SILVA		Prontuário: 346682		
Data Nasc.: 28/08/1972	Idade: 47	Sexo: FEMININO	Cor: PARDA	Religião:
RG: 4650558			CNS: 708003864508428	1-14
Endereço: SÍTIO DOS REMEDIOS		Nº: 0		
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: BEZERROS	Estado: PE		
CEP: 55600000	Fone:	Profissão: APOSENTADO		
Nome da Mãe: ESTELINA SEVERINA DA SILVA		016		
Nome do Conjuge:		AE		
Profissão:		RG:	Fone:	

2. Internar Para	
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
Localidade de Internação: SALA VERDE	Leito: S VERDE 09
Exame Inicial	
Conteúdo do Laudo Médico:	CID:
Exame Solicitado:	CÓD.:
Exame Realizado:	CÓD.:

3. 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
<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 DE FATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL

5. História Clínica

DIAGNOSTICO DEFINITIVO						
MOTIVO DE ALTA						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>DATA DE INTERNAMENTO</th><th>DATA DE ALTA</th><th>DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO</th></tr> <tr> <td>06/10/2019 19:44</td><td> </td><td> </td></tr> </table>	DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	06/10/2019 19:44		
DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO				
06/10/2019 19:44						



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

Usuário da Informação  
ROSANGELASSB



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Identificação do Paciente		Data Int.: 08/10/2019 19:44	Atendimento: 650457	Nº AIH:
CICERA ESTELINA DA SILVA		Prontuário: 346662		
Data Nasct: 28/05/1972	Idade: 47	Sexo: FEMININO	Cor: PARDA	Religião:
CPF:	RG: 4650558	CNS: 708003864508428		Nº: 0
Endereço: SÍTIO DOS REMEDIOS		Estado: PE		
Bairro: ZONA RURAL		Cidade: BEZERROS	Profissão: APOSENTADO	
CEP: 55600000	Fone:			
Nome da Mãe: ESTELINA SEVERINA DA SILVA				
Nome do Conjuge:				
RG:		Fone:		
2 - Internar Para				
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA				
Unidade de Internação: ORTOPEDIA				
Diagnóstico Inicial				
Leito: ORTOPEDIA 14				
Constante do Laudo Médico):				
CID:				
Procedimento Solicitado:				
CÓD.:				
Procedimento Realizado:				
CÓD.:				
Atendimento Médico				
Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo
				Méd. Assist. Ass./Carimbo
3 - 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 DE FATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL				
4 - História Clínica				
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO MOTIVO DE ALTA DATA DE INTERNAMENTO: 08/10/2019 19:44 DATA DE ALTA DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO				



Solicitação de Diária de Acompanhante  
Laudo Médico / Serviço Social

Nome do Paciente: Picara Estelita da Silva  
Data de Nascimento: 28/08/1972 Registro: \_\_\_\_\_  
Setor: Unidade Verde / atop. Leito: \_\_\_\_\_  
Nome do Acompanhante: Sereuina de Lima Monteiro  
Sítio Remédios Bezanos R. (81) 9880-4805 morando sozinho  
Justificativa Médica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Maria Eulália Leite Marcel  
Enfermeira  
R. 123456789

Data: 09 / 10 / 19

Assinatura e Carimbo do Médico

☐ Acompanhante para pacientes assegurados por Lei: Menor de Idade, Idoso ou Deficiente

Justificativa Social: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vilani de Jesus Santos Silva  
Assistente Social

CRESS Nº 14308-4º Região

Data: 09 / 10 / 19

Alma Lucila Moraes Silva  
Assistente Social  
CRESS 8176 - 4ª Região



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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente:

CARLA CORTES DA SILVA Registro Nº:

Idade:

60 ANOS

Leito Nº:

Data:

Hora:

EVOLUÇÃO

4. 11/11/20

2. 11/11/20 10:00h (2)

Tramite alta hospitalar e internar, motivo que foi admitido no hospital para ser tratado com a equipe de fisioterapia e com a equipe de enfermagem. O paciente apresenta mobilidade e consciência preservadas.

Assinado por: CARLA CORTES DA SILVA

Assinado por: CARLA CORTES DA SILVA



HRA



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

## EVOLUÇÃO NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: Elicenir Bastelma DATA: 09 / 10/2019

SETOR: Unidade LEITO: - REGISTRO: 346682

DI: FMID

DIETA PRESCRITA

DIETA ADMINISTRADA:

VIA: ORAL

CONSISTÊNCIA	CARACTERÍSTICA	SUPLEMENTOS	ACEITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> LIVRE	<input type="checkbox"/> HIPOSSÓDICA	<input type="checkbox"/> HIPER/HIPER	<input checked="" type="checkbox"/> BOA
<input type="checkbox"/> BRANDA	<input type="checkbox"/> HIPOGLICÊMICA	<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: ☐ SNE ☐ SNG ☐ SOG ☐ GTT

VAZÃO	FÓRMULA	INF. NUTRICIONAIS
<input type="checkbox"/> 120ML/H	<input type="checkbox"/> POLIMÉRICA <input type="checkbox"/> SEM LACTOSE	KCAL: _____
<input type="checkbox"/> 150ML/H	<input type="checkbox"/> OLIGOMÉRICA <input type="checkbox"/> SEM GLÚTEN	PTN: _____
<input type="checkbox"/> 180ML/H	<input type="checkbox"/> AA. LIVRE <input type="checkbox"/> SIG	OBS: _____
<input type="checkbox"/> 200ML/H	<input type="checkbox"/> HIPERPROTEICA <input type="checkbox"/> COM FIBRAS	
<input type="checkbox"/> 250ML/H	<input type="checkbox"/> HIPERCALÓRICA <input type="checkbox"/> C. GLICÊMICO	
<input type="checkbox"/> 300ML/H	<input type="checkbox"/> NORMOCALÓRICA	
<input type="checkbox"/> 350ML/H	<input type="checkbox"/> NORMOPROTEICA	
<input type="checkbox"/> 400ML/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	DÉBITO _____		<input type="checkbox"/> ENJÓO
OBS: _____			<input type="checkbox"/> PIROSE

OBSERVAÇÕES:

Segue aos cuidados do serviço de nutrição e dietética.

Nutricionista  
CRN5-17294





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital Regional do Agreste

## Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Unidade de Saúde:

CASA COSTEIRA DA SILVA

Nome do Paciente:

CICERA ESTRELA DA SILVA

Enfermagem:

Enfermagem:

Leito:

Obs: Alargador a Digi

Registro Nº: 5466-12

OBSERVAÇÃO

08:00 12:00 16:00 20:00

TEMP.

DIURESE

SNG

PA

PRENHEIM

TORAXICA

DIAPHR

ABER

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

08:00 12:00 16:00 20:00

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável

Assinatura do Responsável



Imagem gerada em: 08/10/2019 18:31

Nome Paciente: CICERA ESTELINA DA SILVA  
Cod. Paciente:  
Data de Nascimento: 28/05/1972  
Sexo: Feminino  
Idade: 47  
Senha: 10035  
Convênio:  
Atendimento:  
SANE:

Imagem gerada em: 08/10/2019 18:32 - 08/10/2019 18:33

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

POUCO URGENTE

VERDE

Queixa Principal: ATROPELAMENTO POR MOTO, APRESENTANDO SINAIS DE FRATURA EM MÍD  
Histórico: HAS- DM-  
Alergia: ALERGICA A DAPIRONA  
Sintomas: FERIDAS  
Exames: - INFLAMAÇÃO LOCAL?  
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

Data Impressão: 08/10/2019 18:33

Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1







HOSPITAL  
JESUS PEQUENINO

## 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  
Enfermeira  
COREN/PE 509.692

---

Vanessa Andrade  
Enfermeira  
COREN/PE: 509.692





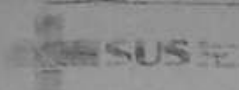
NOME: Clara Estelma dos Reis

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do bímbo da tíbia direita SBL CID-10: S82, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 11, 10, 19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 06, 02, 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)  
709003864508428

8 - Data Nascimento  
28/08/1972

9 - Sexo  
FEMININO 3

10 - Raça/Cor 10.1 - Etnia

Nome da Mãe  
ESTELINA SEVERINA DA SILVA

12 - Telefone de Contato

Nome Responsável

14 - Telefone de Contato

Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)  
R. TIO DOS REMEDIOS, SN ( ) - ZONA RURAL

Município de residência  
BEZERROS

17 - Cód. IBGE município  
2601904

18 - UF  
PE

19 - CEP  
55660-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos

fratura c/ fraturas múltiplas do antebraço

Condições que justificam a internação

Q64 EF

Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

RX

Diagnóstico inicial  
FRATURA MÚLTIPLO D

24 - CID 10 Principal  
S82.8

25 - CID 10 Sec

04.08.05.0497  
04.15.04.0035

Classificação do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

30 - Caracter de Internação

31 - Documento  
( ) CNS ( ) CPF

32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante

Nome do Profissional Solicitante  
Iron Alves

34 - Data de solicitação  
10/10/19

35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

Acidente de Trânsito

39 - CNPJ da Seguradora

40 - Nr. do Bilhete

41 - Série

Acidente de Trabalho (Tipo)

42 - CNPJ da Empresa

43 - CNA da Empresa

44 - CBOR

Acidente de Trabalho (Tipo)

Acidente com a Previdência

Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante

Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nr. Autorização de Internação Hospitalar

Documento

49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador

CPF

Data de Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)

Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria de Saúde  
NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL  
261910547013-5



**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Acomodação: ENFER\_06 - LEITO 04  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Admissão: 582812	Data: 10/10/2019	Hora: 15:43	Recepção: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Atendimento: SES - ORTOPEDIA			Matrícula: 708003864508428
Responsável: DR. IRON ALVES SILVA			Identidade: 708003864508428
			Cartão SUS: 708003864508428
Idade: 33472	CICERA ESTELINA DA SILVA	Sexo: FEMININO	Cor:
Admissão: 28/08/1972	- 47 Anos e 1 Mês	Est. Civil:	
Endereço: SÍTIO DOS REMÉDIOS, SN		C.P.F.: 86227928404	
Localidade: ZONA RURAL		Identidade: 4850558	SSP PE
CEP: 2601904	BEZERROS	Telefone:	
UF: PE	CEP: 55660-000	G. Instrução:	
	UF: PE	Ocupação:	
		Naturalidade: BEZERROS	

SENHA ORT 630745

Nome do Paciente

*Iron Alves*

*fratura c/ fratura Moleto direito, após trauma*

Exame Físico:

*RX*

*FRATURA MALEOLO D*

*[Assinatura]*

Tratamento:

Conteúdo Com Definições  
Original Brevemente  
Hospital Jesus Pequeno  
Alma Simões  
Assistente Social  
CRM/PE nº 4.471

Gerado: 10 de outubro de 2019

Paciente Necessita de Acompanhante  
*Valéria da Silva*  
Acc

Assinatura e Carimbo do Médico *Iron Alves*  
CRM-PE 3601

