



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)		EWEYSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
MARCELA MENDONCA SILVA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66073503	10/08/2020 14:50	ANEXO 1	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 - 10/08/2020 14:50:28



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

NÚMERO 4650558 DATA DE EMISSÃO 19-08-1991

NOME CICERA ESTELINA DA SILVA

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

NATURALIDADE BEZERRAS PE DATA DE NASCIMENTO 28-08-1972

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

Cert. de Bezerras 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 NOBREMTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE ACÓRDO COM O DECRETO Nº 19.947 DE 1973, QUE DETERMINA A CRIAÇÃO DO SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DE ATIVIDADES DE SEGURANÇA PÚBLICA, DE ACÓRDO COM A LEI Nº 1.370 DE 1967, E A RESOLUÇÃO Nº 1.370 DE 1967.

GRUPO DO AGENTE EMERGO

024/0112 - F

12/08/91

BANDEPE
0410200-2

ASSINATURA E RUBRICA DO AGENTE EMERGO

APROVADO POR ENTREGA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

Jonatã
M. D. S. S.





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 Aférence: **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**
Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: KJ28550 (PERNAMBUCO/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 AIL

3 - CPF do vítima

4 - Nome completo da vítima

INSTRUMENTO DE INFORMAÇÃO CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2013

5 - Nome completo

6 - Endereço

8 - CPF

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

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:

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 comprometo-me a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica enviada 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 - Grau de Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (s) (seu/s)?

☐ Sim☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☐ Não

Esse documento que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a condição de beneficiário, 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.

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, Brasília 15/05/2020

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (documentado)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Data de emissão





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 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT por morte, 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, 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:

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:

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 ou lactante 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, 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:

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. 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





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**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 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 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: 578
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	Técn. Enfermagem: <u>[assinatura]</u>

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata
CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- ☐ Apnéia, 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 Caudex da coluna
- ☐ Intoxicação exógena, O PAT, O PAB, O Sangramento intenso
- ☐ O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória
- ☐ Sinais 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 deambulação
- ☐ O Tórax 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 Mal-estar, O Hematoma, O Contusão, O Escoriação

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 Lombargia intensa, O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- ☐ O Edemas, diarreia sem sinais de desidratação, O Exantema, O Dor de ouvido moderada a grave
- ☐ O História de convulsão sem alteração do nível de consciência, O Abscessos, O Intercorrências ortopédicas
- ☐ O 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

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES:

Alergias: () NÃO () SIM

Assinatura da Enfermeira e C.A.S.

Assinatura da Assistente Social



DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, a

REGISTRO

Exame de Urina e Sangue em 10/08/2020

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

End Ry, 08/08/2020

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

Médico - CREMEPE





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



108 0038 64 50 8428

HORA: 10:15 TELEFONE: IDADE: 20
NOME DA AIAF: NASCIMENTO: 10/08/1992 ACOMPANHANTE: BAIRRO: Nº:

20,80 mmHg HGT: mg/dL T: °C PESO: 6+ kg Tén. Enfermagem/CORINA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

1- Sinais de Emergência imediata

- Apneia O Cianose O Estridor O FC <50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 lrpm
- Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
- PAS <80 ou >200mmHg O PAD <40 ou >130mmHg HGT <40 ou >40 mg/dl O Convulsão no momento
- Pontuação/Glasgow <=12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
- Tachicardia ou bradicardia O PAE O PAR O Saneamento Intenso

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

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- Pontuação/Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS <90 ou >180mmHg O PAD <50 ou >110mmHg sem sintomas
- Lesões cutâneas O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- Queimaduras de 1ª e 2ª áreas não críticas SCQ < 10% O Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- Lesões angiladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- Dor abdominal intensa O Dor torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
- Acidentes perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

CLASSIFICAR COMO VERDE

- Temperatura sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- Lombalgia 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
- Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O 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

- Doenças crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
- Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICACAO

Amarelo Verde Azul
Assinado em H10 Alergias: () NÃO (X) SIM, a

ASSINADO: Assinatura da Enfermeira e Carimbo

Observações: e Carimbo



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

HECOPENHA POR METO ENTE
 + UNIDADE DE TERNOS
 MILHO MEINER E UNICOM
 DE SUO.

CONDUTA / REAVALIAÇÃO / CONDUTA MEDICAÇÃO

2) ENC AO MRA

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
☒ Consulta simples	☒ Melhora	Data: / /	SIM ()
☐ Consulta de observação	☐ Solicitação		
☐ Consulta clínica noturna	☐ Início		DIAS
	☐ 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: _____

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: FR: _____ 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 90-140
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

Desconhece: 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

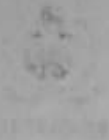
Resposta do Exame de Neurologia

Resposta do Exame de Neurologia

08 OUT 2019

Medico 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. Malison 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 opõe limites físicos, não 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

Fratura luxaço Tornozelo (D)

TRABO FOTOGRAFIA DE MANEIRA E
DO CONTROLE AUTOMATICO COM A
LUGAR

Introdução

Dieta:

Horário



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:
CIGERA ESTELINA DA SILVA				
Data Nas.: 28/05/1972	Idade: 47	Sexo: FEMININO	Cor: PARDA	Prontuário: 346682
CPF:	RG: 4650558		CNS: 708003864508428	Religião:
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				
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				
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ VACINA ANTI RH ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGENADORES ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL				
4 - História 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 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 morador sobrinho
Justificativa Médica: _____

Maria Estela Leite Marcel

Enfermeira
HRA

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

Assinatura e Carimbo da Assistente Social

Data: 09 / 10 / 19

Alma Lucila Moraes Silva
Assistente Social
CRESS 4176 - 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. 14/08/20

2. 14/08/2020 - 14h00

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. A paciente apresenta mobilidade e consciência preservada.

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: Vinda LEITO: - REGISTRO: 346682

IDE: FMID

DIETA PRESCRITA

DIETA ADMINISTRADA:

VIA: ORAL

CONSISTÊNCIA	CARACTERÍSTICA	SUPLEMENTOS	ACEITAÇÃO
☒ LIVRE	☐ HIPOSSÓDICA	☐ HIPER/HIPER	☒ BOA
☐ BRANDA	☐ HIPOGLICÊMICA	☐ HIPERCALÓRICO	☐ REGULAR
☐ PASTOSA	☐ HIPOLIPÍDICA	☐ HIPERPROTEICO	☐ RUIM
☐ LIQ. PASTOSA	☐ NEFROPATA CONSERVADOR	☐ MÓDULO DE CH	☐ INAPETENTE
☐ LIQ. TOTAL	☐ NEFROPATA EM HD	☐ MÓDULO DE PTN	
☐ LIQ. CLAROS	☐ HIPERPROTEICA	☐ MÓDULO DE LIP	
☐ LIQ. DE PROVA	☐ HIPERCALÓRICA	☐ REGULADOR	
☐ ZERO	☐ ALTA ABSORÇÃO	INTESTINAL	
	☐ CONSTIPANTE		
	☐ LAXANTE		
	☐ SIG		
	☐ SEM GLÚTEN		
	☐ SEM LACTOSE		

VIA: ☐ SNE ☐ SNG ☐ SOG ☐ GTT

VAZÃO	FÓRMULA	INF. NUTRICIONAIS
☐ 120ML/H	☐ POLIMÉRICA ☐ SEM LACTOSE	KCAL: _____
☐ 150ML/H	☐ OLIGOMÉRICA ☐ SEM GLÚTEN	PTN: _____
☐ 180ML/H	☐ AA. LIVRE ☐ SIG	OBS: _____
☐ 200ML/H	☐ HIPERPROTEICA ☐ COM FIBRAS	
☐ 250ML/H	☐ HIPERCALÓRICA ☐ C. GLICÊMICO	
☐ 300ML/H	☐ NORMOCALÓRICA	
☐ 350ML/H	☐ NORMOPROTEICA	
☐ 400ML/H	☐ IMUNOMODULADORA	

ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS:

VACUAÇÕES	VÔMITOS	DIURESE	SINTOMAS
☒ PRESENTE	☐ PRESENTE	☒ PRESENTE	☐ DISFAGIA
☐ AUSENTE	☒ AUSENTE	☐ AUSENTE	☐ DISTENÇÃO ABD.
☐ DIARRÉIA	☐ SNG ABERTA:		☐ DOR EPIGÁSTRICA
☐ CONSTIPAÇÃO	DÉBITO _____		☐ ENJÓO
OBS: _____			☐ PIROSE

OBSERVAÇÕES:

Segue aos cuidados do serviço de nutrição e dietética.

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Nutricionista
CRN5-17294



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Regional do Agreste

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Unidade de Saúde:

Cecilia Costelma da Silva

Nome do Paciente:

Cícera Estiana da Silva

DATA

HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Enfermagem:

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

Leito:

Registro Nº: 5466-12

OBSERVAÇÃO

06:00 12:00 18:00 24:00

TEMP.

DIURESE

SNG

PA

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

DIURESE

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/08/2020 14:50:28
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081014502857300000064827079
Número do documento: 20081014502857300000064827079



Ata de atendimento de emergência de 08/10/2019 18:31

Nome Paciente: CICERA ESTELINA DA SILVA
Cod. Paciente:
Data de Nascimento: 28/06/1972
Sexo: Feminino
Idade: 47
Senha: 10035
Convênio:
Atendimento:
SANE:

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

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

Classificação: POUCO URGENTE

VERDE

Queixa Principal: ATROPELAMENTO POR MOTO, APRESENTANDO SINAIS DE FRATURA EM MÍD
Histórico: HAS- DM-
Alergia: ALERGICA A DAPIRONA
Sinais e sintomas: FERIDAS
Exames/laudos: - 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

Ata de 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





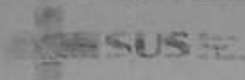
NOME: Clara Estelma dos Reis

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do bímbo da 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)
708003884508428

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/ fratura patológica dueto a hiperparatireoidismo

Condições que justificam a internação

Q64 EF

Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

RX

Diagnóstico inicial
FRATURA MALEOLO D

24 - CID 10 Principal
S82.8

25 - CID 10 Sec

04.08.05.0497
04.15.04.0035
04.08.06.0442
04.08.05.0124

Classificação do Procedimento Solicitado
Internamento

PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - Caracter de Internação
Ort

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)

39 - CNPJ da Seguradora

40 - Nr. do Bilhete

41 - Série

42 - CNPJ da Empresa

43 - CNA da Empresa

44 - CBOR

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

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

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nr. Autorização de Internação Hospitalar

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

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 REMEDIOS, 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 MALLEOLO D

[Assinatura]

Tratamento:

Conteúdo Com Definitivo
Original Bateria de 10/10/2019
Hospital Jesus Pequeno
Alma Simões
Assistente Social
CRM/PE nº 4.471

Gerado: 10 de outubro de 2019

Paciente Necessita de Acompanhante

Valéria Lucio M. Silva
Acc

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

