

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210036935

Cidade: Itaíba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REJANE BATISTA DA SILVA

Data do acidente: 06/09/2020

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO INCRUENTA P.10,11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210036935

Cidade: Itaíba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REJANE BATISTA DA SILVA

Data do acidente: 06/09/2020

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(REDUÇÃO INCRUENTA P.10,11,13)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS P. I. 72

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

1.5. 10.00

Associação de Organizações
Técnicas

Regiane Batista de Silva

CARTeira DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

01 FEV 2001

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

LAJENDA DO GOV. FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

1.738.518 200. 16.07.1997

Rejane Batista da Silva

Antonino Batista da Silva
Rivalva Barbosa da Silva

Itaíba - PE. 07.02.1971

Cart. Neco. Nº 3967 L.28 Fls.265V

Itaíba - PE.

027.930.204-51

[Handwritten signature]

COMPRESA
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA SIA
01 FEV 2001
PROCOLO
COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA SIA



COMPRES
COMPREENSIVA E PREVIDÊNCIA S/A
01 FEV 2021
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

Dados de Identificação

Nome: Regina Batista da Silva Data: 08/09/20

Hora: 15:30 Idade: 49 Registro: 98FF40

Procedimento: RENÚVE ZUCRINTA PUNHO Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo

Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

Informações antes do procedimento

- 1. Dieta zero a partir de 8:00 h.
- 2. Tricotomia () Sim () Não
- 3. Sítio de marcação () Sim () Não ()
Qual? MSE
- 4. Faz uso de medicação contínua () Sim () Não
Qual? _____
- 5. Alergia à medicação () Sim () Não
Qual? DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN
Quem informou? () Paciente () Familiar
() Outro _____
- 6. Doença progressiva? HAS () Sim () Não DM () Sim
() Não Outra: _____

- 7. Tabagista: () Sim () Não
- 8. Etilista: () Sim () Não
- 9. Anestesia Anterior: () Sim () Não
Especifique _____
- 10. Cirurgia anterior: () Sim () Não
Especifique Retirada de mioma
- 11. Deficiências: () Sim () Não
Especifique _____
- 12. Próteses: () Sim () Não
Especifique _____

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 160 x 90 mmHg
 14. FR: 17 lpm
 15. FC: 80 bpm
 16. Glicemia: _____
 17. Peso: 92
 18. Altura: _____
 19. Tipo sanguíneo: _____



Monitorização

- 20. AVF () Sim () Não
- 21. AVC () Sim () Não
- 22. Monitorização () Sim () Não
- 23. Sondagem () Sim () Não
- 24. Risco de aspiração () Sim () Não
- 25. Risco de perda Sanguínea () Sim () Não
- 26. ABT Profilático () Sim () Não se aplica
- 27. Exames de imagem () Sim () Não se aplica
- 28. Placa de bisturi () Sim () Não local

Observações:

Procedimento realizado por intermédica
Em condições de R0 e culca da Populada

[Signature]
 Assinatura do Enfermeiro

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA
 6-1 FEV 2021
 PROTOCOLO
 AGÊNCIA REGIOE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 160ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAIBA - DP160ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 21E0250000029

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/01/2021** às **09:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **6/9/2020** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SANTA CRUZ, 01, DISTRITO DE NEGRAS, MUNICIPIO DE ITAIBA** - Bairro: **CENTRO - ITAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **00000-000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / ENTRADA DE NEGRAS, PROXIMO AO CEMITERIO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

REJANE (AUTORA E VITIMA) (AUTOR \ AGENTE)
JOSE MARCIO DOS SANTOS (OUTRO)
REJANE BATISTA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): REJANE BATISTA DA SILVA

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

REJANE BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **RIZALVA BARBOSA DA SILVA** Pai: **ANTONIO BATISTA DA SILVA** Data de Nascimento: **7/2/1971** Naturalidade: **ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1738518/SSP/AL (RG). 02793020451 (CPF)** Profissão: **CABELEIREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 087981094333**

JOSE MARCIO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA** Data de Nascimento: **1/1/1990** Naturalidade: **ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **06630993403 (CPF)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**

REJANE (AUTORA E VITIMA) (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **RIZALVA BARBOSA DA SILVA** Pai: **ANTONIO BATISTA DA SILVA** Data de Nascimento: **7/2/1971** Naturalidade: **ITAIBA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1738518/SSP/AL (RG). 02793020451 (CPF)** Profissão: **CABELEIREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 087981094333**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MARCIO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **REJANE BATISTA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 110i** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PGV8727** (PERNAMBUCO/ITAIBA) Ranavam: **109318853** Chassi: **9C2JB0100GR201652**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

file:///C:/Users/inw.infopol-5.0.9/xml/BOEPreview.html



Descrição: **MOTOCICLETA HONDA POP 100**

Complemento / Observação

A VÍTIMA VEIO HOJE NESTA DP REGISTRAR O BO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, POIS AO PILOTAR A MOTOCICLETA ACABOU DERRAPANDO NA ESTRADA DE TERRA NA ENTRADA DO DISTRITO DE NEGRAS, PRÓXIMO AO CEMITÉRIO, POR VOLTA DAS 17:30, NO DIA 06/09/2020, O QUE POR CONSEQUÊNCIA DA QUEDA ACABOU FRATURANDO O PUNHO ESQUERDO E TENDO QUE FAZER CIRURGIA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO EM ANEXO.

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

**REJANE BATISTA DA SILVA
(VITIMA)**

**REJANE (AUTORA E VITIMA)
(AUTOR \ AGENTE)**

B.O. registrado por: **Izabelly Alliny Alves dos Santos** - Matrícula: **3996352**
(Liberado em **19/01/2021** às **10:36**)



Dados de Identificação

Nome: Regina Batista da Silva Data: 08/09/20
Hora: 15:30 Idade: 49 Registro: 98FF40
Procedimento: RENÚVE ZUCRINTA PUNHO Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo
Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

Informações antes do procedimento

- | | |
|---|---|
| <p>1. Dieta zero a partir de <u>8:00</u> h.</p> <p>2. Tricotomia () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não</p> <p>3. Sítio de marcação (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim () Não ()
Qual? <u>MSE</u></p> <p>4. Faz uso de medicação contínua () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Qual? _____</p> <p>5. Alergia à medicação (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim () Não
Qual? <u>DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN</u>
Quem informou? (<input checked="" type="checkbox"/>) Paciente () Familiar
() Outro _____</p> <p>6. Doença progressiva? HAS () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não DM () Sim
() Não Outra: _____</p> | <p>7. Tabagista: () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não</p> <p>8. Etilista: () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não</p> <p>9. Anestesia Anterior: (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim () Não
Especifique _____</p> <p>10. Cirurgia anterior: (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim () Não
Especifique <u>Retirada de mioma</u></p> <p>11. Deficiências: () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Especifique _____</p> <p>12. Próteses: () Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não
Especifique _____</p> |
|---|---|

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 160 x 90 mmHg 14. FR: 17 lpm 15. FC: 80 bpm
16. Glicemia: _____ 17. Peso: 92 18. Altura: _____
19. Tipo sanguíneo: _____



Monitorização

20. AVF () Sim () Não 21. AVC () Sim () Não 22. Monitorização () Sim () Não 23. Sondagem () Sim () Não
24. Risco de aspiração () Sim () Não 25. Risco de perda Sanguínea () Sim () Não 26. ABT Profilático () Sim () Não se aplica
27. Exames de imagem () Sim () Não se aplica 28. Placa de bisturi () Sim () Não local

Observações:

Procedimento realizado sem intercorrências
Em conformidade ao R.O. e culceto da Populista

[Assinatura]
Assinatura do Enfermeiro

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA
6-1 FEV 2221
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGIOE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **027.930.204-51** 4 - Nome completo da vítima: **REJANE BATISTA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **REJANE BATISTA DA SILVA** 6 - CPF: **027.930.204-51**
7 - Profissão: **AGRICULTORA** 8 - Endereço: **PRES GETULIO VAGAS** 9 - Número: **27** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **ITAIBA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56550-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
18 - CPF 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0915** CONTA: **12671** **0**

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CIV) 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(s)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós/vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor creditado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou autorizada

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, **ITAIBA-PE, 25-01-2021**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

01 FEV 2021
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

TESTEMUNHAS



COMPRES
COMPRES VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
01 FEV 2021
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Dados de Identificação

Nome: Regina Batista da Silva Data: 08/09/20

Hora: 15:30 Idade: 49 Registro: 98FF40

Procedimento: RENÚVEZ ZUCRINTA PUNHO Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo

Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

Informações antes do procedimento

- 1. Dieta zero a partir de 8:00 h.
- 2. Tricotomia () Sim () Não
- 3. Sítio de marcação () Sim () Não ()
Qual? MSE
- 4. Faz uso de medicação contínua () Sim () Não
Qual? _____
- 5. Alergia à medicação () Sim () Não
Qual? DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN
Quem informou? () Paciente () Familiar
() Outro _____
- 6. Doença progressiva? HAS () Sim () Não DM () Sim
() Não Outra: _____

- 7. Tabagista: () Sim () Não
- 8. Etílica: () Sim () Não
- 9. Anestesia Anterior: () Sim () Não
Especifique _____
- 10. Cirurgia anterior: () Sim () Não
Especifique Retirada de mioma
- 11. Deficiências: () Sim () Não
Especifique _____
- 12. Próteses: () Sim () Não
Especifique _____

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 160 x 90 mmHg
 14. FR: 17 lpm
 15. FC: 80 bpm
 16. Glicemia: _____
 17. Peso: 92
 18. Altura: _____
 19. Tipo sanguíneo: _____



Monitorização

- 20. AVF () Sim () Não
- 21. AVC () Sim () Não
- 22. Monitorização () Sim () Não
- 23. Sondagem () Sim () Não
- 24. Risco de aspiração () Sim () Não
- 25. Risco de perda Sanguínea () Sim () Não
- 26. ABT Profilático () Sim () Não se aplica
- 27. Exames de imagem () Sim () Não se aplica
- 28. Placa de bisturi () Sim () Não local

Observações:

Procedimento realizado sem intercorrências
Em conformidade ao R.O. e culca do paciente

[Assinatura]
 Assinatura do Enfermeiro

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA
 6-1 FEV 2021
 PROTOCOLO
 AGÊNCIA REGIOE

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210036935

Vítima: REJANE BATISTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REJANE BATISTA 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 dos punhos

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: **REJANE BATISTA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000915**

Conta: **0000012671-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210036935

Vítima: REJANE BATISTA DA SILVA

Data do Acidente: 06/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), REJANE BATISTA DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033595/21

Vítima: REJANE BATISTA DA SILVA

CPF: 027.930.204-51

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 06/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REJANE BATISTA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

REJANE BATISTA DA SILVA : 027.930.204-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/02/2021
Nome: REJANE BATISTA DA SILVA
CPF: 027.930.204-51

REJANE BATISTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/02/2021
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **027.930.204-51** 4 - Nome completo da vítima: **REJANE BATISTA DA SILVA**

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

5 - Nome completo: **REJANE BATISTA DA SILVA** 6 - CPF: **027.930.204-51**
7 - Profissão: **AGRICULTORA** 8 - Endereço: **PRES GETULIO VAGAS** 9 - Número: **27** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **ITAIBA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **56550-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): _____

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
18 - CPF 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0915** CONTA: **12671**

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CIV) 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(s)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós/vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor creditado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou autorizada

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, **ITAIBA-PE, 25-01-2021**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

01 FEV 2021
PROTÓCOLO
Assinatura da testemunha
AGÊNCIA RECIFE

TESTEMUNHAS

Dados de Identificação

Nome: Regina Batista da Silva Data: 08/09/20

Hora: 15:30 Idade: 49 Registro: 98FF40

Procedimento: RENÚVEZ ZUCRINTA PUNHO Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo

Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

Informações antes do procedimento

1. Dieta zero a partir de 8:00 h.

2. Tricotomia () Sim (x) Não

3. Sítio de marcação (x) Sim () Não ()

Qual? MSE

4. Faz uso de medicação contínua () Sim (x) Não

Qual? _____

5. Alergia à medicação (x) Sim () Não

Qual? DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN

Quem informou? (x) Paciente () Familiar

() Outro _____

6. Doença progressiva? HAS () Sim (x) Não DM () Sim

() Não Outra: _____

7. Tabagista: () Sim (x) Não

8. Etílica: () Sim (x) Não

9. Anestesia Anterior: (x) Sim () Não

Especifique _____

10. Cirurgia anterior: (x) Sim () Não

Especifique Retirada de mioma

11. Deficiências: () Sim (x) Não

Especifique _____

12. Próteses: () Sim (x) Não

Especifique _____

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 160 x 90 mmHg

14. FR: 17 lpm

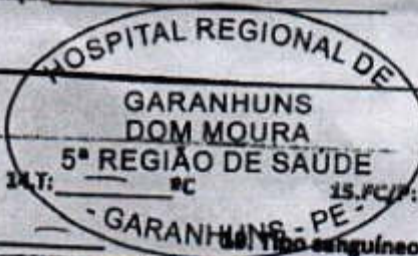
15. T: 37 °C

16. FC/P: 87 bpm

16. Glicemia _____

17. Peso: 92

18. Altura: _____



Monitorização

20. AVF (x) Sim () Não 21. AVC () Sim () Não 22. Monitorização () Sim () Não 23. Sondagem () Sim () Não

24. Risco de aspiração () Sim () Não 25. Risco de perda Sanguínea () Sim () Não 26. ABT Profilático () Sim () Não se aplica

27. Exames de imagem () Sim () Não se aplica 28. Placa de bisturi () Sim () Não local

Observações:

Procedimento realizado sem intercorrências
Em conformidade ao R.O. e culca do paciente

[Signature]
Assinatura do Enfermeiro

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA
6-1 FEV 2021
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGIOE



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pelo Lei 10438 de 20/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 51000-000
CNPJ 06435833/0001-08 | Insc. Est. 06435833-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
REJANE BATISTA DA SILVA

INDICADOR DE VOLUME DE CONSUMIDORA

CPF 027 930 204-51

CENTRO NEGRAS
ITAIBA PE
50500-000

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico

7001500230	11/2020
20/11/2020	15/12/2020
75,02	

Consumo Ativo (Wh) - TUSD	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh) - TE	101.000000	0,4017698	40,80
Contab. Sum. Publica Municipal	101.000000	0,3637813	36,43
ICMS Substância - CDE AF (24183431-150900)			11,11
PRO-CRIANÇA - (081)3413-8800/0800-331-8888			0,82
Doação FUNDAÇÃO TERHA - (087)3221-1542			1,50
Desenvolva Pagamento em Duplicidade			4,00
			-24,92

TOTAL DA FATURA

75,92

SP DO	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	PF DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWh)
REGIÃO	REGIÃO	15/11/2020	15/11/2020	15/11/2020	1,0000		10,00

COMPONENTES DO CONSUMO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
Transmissão	R\$ 1,21	1,59%
Base Regulação (Cobrança)	R\$ 10,24	13,37%
Perdas de Energia	R\$ 4,06	5,34%
Imposto sobre Serviços	R\$ 1,66	2,19%
Outros	R\$ 35,75	47,15%
Total	R\$ 52,92	69,70%

celpe
energia

PRIMEIRO CERTO
AV. PAJ. ANTÔNIO DINIZ, 20 LTJ
RECIFE - ITAIBA

Fluxo de
V11.7.4
PR: 204-021750

CELPE
VAL. PG.: R\$ 75,92

03/04/2021 15:20:11 /
0015682541014825903817
DOCUMENTO VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGAMENTO

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
01 FEV 2021
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Dados de Identificação

Nome: Regina Batista da Silva Data: 08/09/20

Hora: 15:30 Idade: 49 Registro: 98FF40

Procedimento: RENÚVE ZUCRINTA PUNHO Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo

Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

Informações antes do procedimento

- 1. Dieta zero a partir de 8:00 h.
- 2. Tricotomia () Sim () Não
- 3. Sítio de marcação () Sim () Não ()
Qual? MSE
- 4. Faz uso de medicação contínua () Sim () Não
Qual? _____
- 5. Alergia à medicação () Sim () Não
Qual? DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN
Quem informou? () Paciente () Familiar
() Outro _____
- 6. Doença progressiva? HAS () Sim () Não DM () Sim
() Não Outra: _____

- 7. Tabagista: () Sim () Não
- 8. Etílica: () Sim () Não
- 9. Anestesia Anterior: () Sim () Não
Especifique _____
- 10. Cirurgia anterior: () Sim () Não
Especifique Retirada de mioma
- 11. Deficiências: () Sim () Não
Especifique _____
- 12. Próteses: () Sim () Não
Especifique _____

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 160 x 90 mmHg
14. FR: 17 lpm
16. Glicemia: _____
17. Peso: 92

HOSPITAL REGIONAL DE
GARANHUNS
DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE
14.T: _____ °C
15. FC/P: 87 bpm
16. Tipo sanguíneo: _____

Monitorização

- 20. AVF () Sim () Não
- 21. AVC () Sim () Não
- 22. Monitorização () Sim () Não
- 23. Sondagem () Sim () Não
- 24. Risco de aspiração () Sim () Não
- 25. Risco de perda Sanguínea () Sim () Não
- 26. ABT Profilático () Sim () Não se aplica
- 27. Exames de imagem () Sim () Não se aplica
- 28. Placa de bisturi () Sim () Não local

Observações:

Procedimento realizado sem intercorrências
Em conformidade ao R.O. e culceto da Populista

[Assinatura]
Assinatura do Enfermeiro

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA
6-1 FEV 2021
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGIOE



CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA
DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.
Av. Simão Gomes, 33 - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2003
CNPJ: 10.248.599/0001-30 - Heliópolis - CEP 55296-250 - Garanhuns-
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

Regiane Botinta do Silva

Flintrop 40 Seções

21/01/2020




Victor Crispim
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23144



Impressão do Prontuário

Dados do Paciente

Paciente: REJANE BATISTA DA SILVA
Sexo: Feminino Data: 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 10 Meses
CNS: 703.600.039.374.436 Telefone: Celular:
Nome da Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA
Nome do Pai: ANTONIO BATISTA DA SILVA
Endereço: 1A TRAVESSA GETULIO VARGAS, 43, NEGRAS, ITAIBA - PE, 56555-000

Atendimento

Unidade: EMERGÊNCIA Telefone:
Tipo Atendimento: ATENDIMENTO EMERGÊNCIA Data Atendimento: 08/09/2020 09:17:57 Número: 22677

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Data Registro: 08/09/2020 11:01:38

Descrição:

Alta

Data alta: 08/09/2020

Motivo: Transferido para outro estabelecimento

Tipo

Atendimento
Alta

Tipo Atendimento

RETORNO OBSERVAÇÃO

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Data Registro: 08/09/2020 11:01:14

Descrição:

Encaminhada ao HRDM

Tipo

Evolução

Tipo Atendimento

RETORNO OBSERVAÇÃO

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Data Registro: 08/09/2020 11:00:53

Descrição:

Retorno

Tipo

Evolução

Tipo Atendimento

OBSERVACAO

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Data Registro: 08/09/2020 10:01:28

Descrição:

Paciente vítima de queda de moto há 2 dias, apresentando contusão em punho E, com dor e edema + Rx evidenciando fratura.

Tipo

Evolução

Tipo Atendimento

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Profissional

(11850) TASSIO GUIMARAES DE FARIAS

Data Registro: 08/09/2020 09:18:00

Descrição:

Temperatura: 36,10, PA: 150x80, Frequência Cardíaca: 68, Saturação de Oxigênio (%): 98, Alça (lar: 18) profunda + Voltarem.(SIC),
Motivo Consulta: Paciente relata queda da própria altura(Dor + edema em membro superior esquerdo).

Tipo

Avaliação

Tipo Atendimento

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO





HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE
EMERGÊNCIA
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE

Usuário: LUANNA MARIA BRANDAO DE OLIVEIRA 09/12/2020 11:07

Impressão do Prontuário

Dados do Paciente

Paciente: REJANE BATISTA DA SILVA
Sexo: Feminino Data: 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 10 Meses
CNS: 703.600.039.374.436 Telefone: Celular:
Nome da Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA
Nome do Pai: ANTONIO BATISTA DA SILVA
Endereço: 1A TRAVESSA GETULIO VARGAS, 43, NEGRAS, ITAIBA - PE, 56555-000

Atendimento

Unidade: EMERGÊNCIA Telefone:
Tipo Atendimento: ATENDIMENTO EMERGÊNCIA Data Atendimento: 07/09/2020 10:39:59 Número: 22172

Profissional

(11656) CLECIO DOS SANTOS FERREIRA

Tipo Tipo Atendimento
Medicamentos ALTA COM MEDICAÇÃO

Data Registro: 07/09/2020 12:12:48

Descrição:

Administração de Medicamentos:

DEXAMETASONA 4MG/ML - 2,5ML - 1 AM - 07/09/2020 - 12:12

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Tipo Tipo Atendimento
Atendimento Alta ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Data Registro: 07/09/2020 12:03:32

Descrição:

Alta

Data alta: 07/09/2020

Motivo: Alta Melhorado

CID: (S400) Contusão do ombro e do braço

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Tipo Tipo Atendimento
RECEITUÁRIO ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Data Registro: 07/09/2020 12:03:31

Descrição:

Medicamentos Recetados - Receita Prescrição Atendimento

DEXAMETASONA 4MG/ML - 2,5ML - 1 AM - 1 AMPOLA

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Tipo Tipo Atendimento
Exame ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Data Registro: 07/09/2020 12:03:31

Descrição:

Exames Solicitados - RADIOLOGIA

RADIOGRAFIA DE MAO

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Tipo Tipo Atendimento
Evolução ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Data Registro: 07/09/2020 12:02:49

Descrição:

Paciente vítima de queda de moto, apresentando contusão em punho com dor e edema + Rx evidenciando fratura.

Profissional

(11812) PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Tipo Tipo Atendimento
RECEITUÁRIO ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

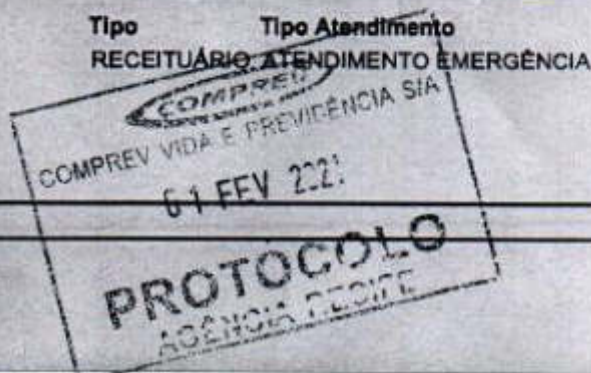
Data Registro: 07/09/2020 12:00:57

Descrição:

Medicamentos Recetados - Receita Básica (P)

Flancox 400Mg - Tomar 1 comp 12/12h - 1 ENVELOPE

- - CEP -
ITAIBA - PE FONE





HOSPITAL MUNICIPAL
João Vicente

HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE
EMERGÊNCIA
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE

Usuário: LUANNA MARIA BRANDAO DE OLIVEIRA 09/12/2020 11:07

Impressão do Prontuário

Dados do Paciente

Paciente: REJANE BATISTA DA SILVA
Sexo: Feminino Data: 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 10 Meses
CNS: 703.600.039.374.436 Telefone: Celular:
Nome da Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA
Nome do Pai: ANTONIO BATISTA DA SILVA
Endereço: 1A TRAVESSA GETULIO VARGAS, 43, NEGRAS, ITAIBA - PE, 56555-000

Atendimento

Unidade: EMERGÊNCIA Telefone:
Tipo Atendimento: ATENDIMENTO EMERGÊNCIA Data Atendimento: 07/09/2020 10:39:59 Número: 22172

Profissional

(11614) AFONSO ALVES DE MELO NETO

Tipo

Avaliação

Tipo Atendimento

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data Registro: 07/09/2020 10:40:02

Descrição:

PA: 160x70, **Alergias:** Alérgica à diclofenaco sódico e potássico., **Motivo Consulta:** Paciente com queixa de dor em antebraço direito.
OBS: o local citado encontra-se engessado.,





HOSPITAL MUNICIPAL
JOÃO VICENTE

HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE
EMERGÊNCIA
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE

07/09/2020 12:00

Requisição de Exames

1º via / 2º via

Dados do Paciente

Nome: REJANE BATISTA DA SILVA

CNS: 703.6000.3937.4436

Dt. Nasc.: 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 7 Meses

Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA

Sector: EMERGÊNCIA

Atend.: 22172

Sexo: Feminino

Convênio: SUS

Leito:

RADIOLOGIA

Quantidade

RADIOGRAFIA DE MAO

1

Número da Requisição: 57270

Data da Requisição: 07/09/2020

PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Dr. Paulo Cezar S. Cavalcanti
Clínica Médica
CRM 20798

- CEP -

ITAIBA - PE FONE



HOSPITAL MUNICIPAL
JOÃO VICENTE

HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE
EMERGÊNCIA
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE

07/09/2020 12:00

Requisição de Exames

1º via / 2º via

Dados do Paciente

Nome: REJANE BATISTA DA SILVA

CNS: 703.6000.3937.4436

Dt. Nasc.: 07/02/1971 Idade: 49 Anos e 7 Meses

Mãe: RIZALVA BARBOSA DA SILVA

Sector: EMERGÊNCIA

Atend.: 22172

Sexo: Feminino

Convênio: SUS

Leito:

RADIOLOGIA

Exames Solicitados

Quantidade

RADIOGRAFIA DE MAO

1



Número da Requisição: 57270

Data da Requisição: 07/09/2020

PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

Dr. Paulo Cezar S. Cavalcanti
Clínica Médica
CRM 20790

- CEP -

ITAIBA - PE FONE

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 1194	Data e Hora do Atendimento 22/09/2020 às 08:42:16	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPÉDICA
----------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025439405 - REJANE BATISTA DA SILVA
 S: 703600039374436 Nascimento: 07/02/1971 Idade: 49 anos Sexo: Feminino Cor: Parda
 Estado Civil: Divorciado(a) Profissão: BIBLIOTECARIA Naturalidade: ITAIBA -PE Nacionalidade: Brasileiro

Documento: - 1738518
 Filiação:
 Pai:
 Mãe: RISALVA BARBOSA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): TRAVESSA GERTULIO VARGA, Nº. 43 Complemento:
 Bairro: NEGRAS Cidade: Itaíba UF: PE Telefone:

Acompanhante:
 Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim Não
 Local de ocorrência: Itaíba Meio de Transporte:

Atendimento Médico:
 Dia: / / Hora: Médico:

Diagnóstico Principal:
 Sx:



História do Trauma:

Estado da Consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não
 Local de Ocorrência: Sim Não Tipo:
 Meio de Transporte: Sim Não Tipo: Motorista Passageiro
 Mecanismo de Lesão: Sim Não Local do Impacto:
 Tipo de Ferimento: Sim Não Tipo: Sofreu Queda: Sim Não Altura: m
 Idade da vítima: Sim Não Por: Transporte realizado por:
 Condições de imobilização adequada: Sim Não Por que:

Exame físico:

Respiratório: Via aérea está pervia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: °C

Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas
 PA: x mm Hg Pulso: bpm

Glasgow: Abertura Ocular: Escala: / 4
 Glasgow: Resposta Verbal: Escala: / 5
 Glasgow: Resposta Motora: Escala: / 6



CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA
DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.

Av. Simões Gomes, 33 - Heliópolis - Garanhuns - PE
CNPJ: 10.248.599/0001-30 | CEP 55296-250
Fone: (87) 3762-2002 - Fax: (87) 3762-2003
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

Rizane Batista

10 sessões de

fisioterapia de

fixo - extensão do

prazo de

Dr. Márcio Rodrigues
Osteod. e Fisioterapeuta
C.R.F. 10710 TEQ 9103





CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Nome: Adson Botum da Silva Idade: 49

Situação/Queixa: Respiração curta

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA VIA PÚBLICA TRABALHO UNIDADE DE SAÚDE:

Doenças Preexistentes:

Medicações em uso: Aspirina

INTOLERÂNCIA/ALERGIAS

COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA
01 FEV 2021
PROTÓTIPO
AGÊNCIA REGISTRO

PARÂMETROS

PA: P: R: T: SpO2: HGT: Peso: Estatura:

RÉGUA DE DOR

LEVE MODERADA GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO SIM NÃO

Consciente Orientado Desorientado Ansioso Calmo

Agitado Torporoso Comatoso Não atende voz de comando

Ritmo Sinusal Palpitações Taquicardia Bradicardia

Dispneias aos esforços Dispneia de repouso Dispneia de noturna Cianose

Palidez Sudorese

DOR TORÁXICA

INTENSA MODERADA LEVE

Duração da dor:

Localização:

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E Braço D Escápula Mandíbula Tórax posterior Abdome

DOR PRESENTE

EM REPOUSO AOS ESFORÇOS QUANDO RESPIRA

Fluxograma: 90%

Data: 09/12/20

Assinatura/Carimbo





SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 33626

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME: <u>Regane Batista da Silva</u>				PRONTUÁRIO: <u>788840</u>			
DATA: <u>08/09/2020</u>	SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	IDADE: <u>49</u>	NASCIMENTO: <u>1/1</u>		CONVENIO: <u>SUS</u>		
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>ReduzaF incruento fut. punção e</u>							

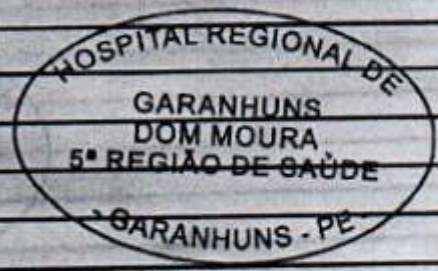
Índice Adrele Kroulick	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	PA	F.R.	T.Ax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
						S.O.							
9	2	2	2	2	1	15 min.	82	115/71					<i>[Signature]</i>
10	2	2	2	2	2	30 min.	80	118/77					<i>[Signature]</i>
						60 min.							
						2h							
						3h							

RESPIRAÇÃO						CIRCULAÇÃO					
2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR 1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA 0 CIANÓTICO						2 PA <20% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO 0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO 0 PA <50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO					
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO			ATIVIDADE MUSCULAR			CONSCIÊNCIA					
0 SpO ₂ DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O ₂ 1 PRECISA RECEBER O ₂ PARA SpO ₂ > 90% 2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE			2 APTO MOVER 4 EXT 1 APTO MOVER 2 EXT 0 APTO MOVER 1 EXT			2 DESPERTO TOTALMENTE 1 DESPERTO AO CHAMAR 0 NÃO RESP. ESTIMULO AUDITIVO					

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

Ent.: 16:35h
Alta: 14:05h

[Signature]
Normando Correa Cayato Filho
ANESTESIOLOGISTA
CRM - 7418



Carimbo e assinatura:



COOPAGRESTE



COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 22974

NOME: Regene Batista da Silva		REGISTRO: 988940		CATEGORIA: SUA	
HOSPITAL: Dom Moura		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	IDADE: 49	HORARIO: 16:25
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de punho esquerda		PESO: 96 Kg	PA: 160x90	FC: 80 BPM	RESPIRAÇÃO: 17 IRPM
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:		CÓDIGO CIRURGIA:		PORTE:	%:
OPERAÇÃO PROPOSTA: O mesmo					
OPERAÇÃO REALIZADA: A proposta					



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE
Propofol		0,1ml
Ropivac		30ml
Ch. Am		3,0ml
Dp O2		1g

TECNICA ANESTESICA: **knase**

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:

ENCAMINHADO: ACORDADO RPA Q31 Q34

OXÍMETRO S. VESICAL TEMPERATURA Q31 Q34

PNI LINHA ARTERIAL MONITOR DO ESTADO CEREBRAL Q31 Q34

PROTÓCOLO

6-1 FEV 2021

Dados de Identificação

Nome: Regina Batista da Silva Data: 08/09/20

Hora: 15:30 Idade: 49 Registro: 98FF40

Procedimento: RENÚVEZ ZUCRINTA PUNHO Diagnóstico: Fratura em punho esquerdo

Cirurgião: Dr. ADELSON Anestesia: Dr. BRUNO

Informações antes do procedimento

- 1. Dieta zero a partir de 8:00 h.
- 2. Tricotomia () Sim () Não
- 3. Sítio de marcação () Sim () Não ()
Qual? MSE
- 4. Faz uso de medicação contínua () Sim () Não
Qual? _____
- 5. Alergia à medicação () Sim () Não
Qual? DICLOFENACO, IBUPROFENO, VOLTAREN
Quem informou? () Paciente () Familiar
() Outro _____
- 6. Doença progressiva? HAS () Sim () Não DM () Sim
() Não Outra: _____

- 7. Tabagista: () Sim () Não
- 8. Etílica: () Sim () Não
- 9. Anestesia Anterior: () Sim () Não
Especifique _____
- 10. Cirurgia anterior: () Sim () Não
Especifique Retirada de mioma
- 11. Deficiências: () Sim () Não
Especifique _____
- 12. Próteses: () Sim () Não
Especifique _____

Sinais Vitais e Antropometria

13. PA: 160 x 90 mmHg
14. FR: 17 lpm
16. Glicemia: _____
17. Peso: 92

HOSPITAL REGIONAL DE
GARANHUNS
DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE
14.T: _____ °C
15. FC/P: 87 bpm
16. Tipo sanguíneo: _____

Monitorização

- 20. AVF () Sim () Não
- 21. AVC () Sim () Não
- 22. Monitorização () Sim () Não
- 23. Sondagem () Sim () Não
- 24. Risco de aspiração () Sim () Não
- 25. Risco de perda Sanguínea () Sim () Não
- 26. ABT Profilático () Sim () Não se aplica
- 27. Exames de imagem () Sim () Não se aplica
- 28. Placa de bisturi () Sim () Não local

Observações:

Procedimento realizado sem intercorrências
Em conformidade ao R.O. e culca do paciente

[Assinatura]
Assinatura do Enfermeiro

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVENÇÃO SIA
6-1 FEV 2021
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGIOE



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
 Simoa Gomes, Heliópolis, Garanhuns - PE
 CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100 | (87) 3761-8101



FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 988840	Data e Hora do Atendimento 08/09/2020 às 13:52:02	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPEDICA
------------------------------	--	--	---

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025439405 - REJANE BATISTA DA SILVA
 CNS: 703600039374436 Nascimento: 07/02/1971 Idade: 49 anos Sexo: Feminino Cor: Parda
 Estado Civil: Divorciado(a) Profissão: BIBLIOTECARIA Naturalidade: ITAIBA -PE Nacionalidade: Brasileiro

Documento: RG - 1738518
 Filiação: Mãe: RISALVA BARBOSA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): TRAVESSA GERTULIO VARGA, Nº. 43 Complemento:
 Bairro: NEGRAS Cidade: Itaiba UF: PE Telefone:

Acompanhante:
 Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim Não
 Procedência: Itaiba Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico: Adelson CRM: Adelson Bezerra da Silva
 Ortopedia/Traumatologia CRM 12281

Queixa Principal:
 HDA: *Edema de membros inferiores*
em
03 dias

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não
 Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo:
 Colisão: Sim Não Tipo: Motorista Passageiro
 Atropelamento: Sim Não Local do Impacto:
 Vítima de Ferimento: Sim Não Tipo: Queda: Sim Não Altura: m
 Queimadura: Sim Não Por: 5ª REGIÃO DE SAÚDE
 Condições de imobilização adequada: Sim Não Por que: GARANHUNS - PE

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temperatura: °C

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mm Hg Pulso:

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular Escora: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escora: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escora: Hora:





HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE
EMERGÊNCIA
HOSPITAL MUNICIPAL JOÃO VICENTE

08/09/2020 - 10:23

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

HOSPITAL DE DESTINO: HRDM

SENHA DA REGULAÇÃO: 6016301

REJANE BATISTA DA SILVA, 49 anos. DN:07/02/1971

ENDEREÇO:Povoado Negras, Itaiba-PE

HDA:Paciente vítima de queda de moto há 2 dias, apresentando contusão em punho E, com dor e edema + Rx evidenciando fratura.

MOTIVO DA TRASFERÊNCIA: Avaliação Traumatologia Ortopedia

08/09/2020 - 10:21:50

Dr. Paulo César S. Cavalcanti
Clínica Médica
CRM 20790

PAULO CEZAR SOUZA CAVALCANTI

-- CEP --
ITAIBA - PE FONE

COMPREV
COMPREV UNIDADE EMERGENCIA SIA

01 FEV 2021

PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRE

HOSPITAL REGIONAL DE

GARANHUNS
DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE

- GARANHUNS - PE -



CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA
DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.

Av. Simôa Gomes, 33 - Heliópolis - Garanhuns - PE

CNPJ: 10.248.599/0001-30 | CEP 55296-250

Fone: (87) 3762-2002 - Fax: (87) 3762-2803

e-mail: hpsocorro@hotmail.com

Latão médico

a. Praxite forntium
Dr. Henrique da Costa

no dia 06.09.20, com
frotone no mesmo e.
Bomnie com registro
no mesmo e, estado
de Avul A Patente
Desta taxa. →



Cano M84.1

GARAWONS, 17 1220

Dr. Marconi Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12010 TEOT 9100
ROE 7070

Dr. Marconi Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12010 TEOT 9100
ROE 7070

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A
01 FEV. 2021
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECEBIDA



Dra. Thaynan Narciso

Fisioterapeuta CREFITO 269212-F

PACIENTE:	Rejane Batista da Silva	DATA DE NASC:	07/02/1971
HD:	Fratura do Rádio E.	INICIO DE ATEND:	05/30/2020
CPF:	027.930.204-51	SERVIÇO: FISIOTERAPIA	

	DATA	FISIOTERAPEUTA		ASSINATURA PAC.
01	05/30/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Avaliação fisioterapêutica	Rejane Batista da Silva
02	07/30/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
03	09/30/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
04	14/30/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
05	16/30/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
06	19/30/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
07	21/30/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
08	23/30/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
09	27/30/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
10	29/30/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
11	30/30/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva
12	03/31/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Rejane Batista da Silva

COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA SIA
01 FEV 2021
PROTÓCOLO
AGÊNCIA REGISTRO

13	05/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
14	06/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
15	09/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
16	10/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
17	12/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
18	13/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
19	16/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
20	18/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
21	20/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
22	23/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
23	24/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
24	27/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
25	30/11/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
26	03/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
27	08/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
28	11/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
29	14/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
30	16/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
31	18/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
32	21/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva

CORRIPREVI
 COM ATRIBUIÇÃO DE PREVIDÊNCIA S/A
 01 FEV 2021
PROTOCOLO
 AGÊNCIA REGISTRO

33	23/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
34	25/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
35	28/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
36	30/12/20	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
37	04/01/21	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
38	06/01/21	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
39	08/01/21	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva
40	11/01/21	Thaynan Narciso Fisioterapeuta CREFITO: 269212-F	Rec. De múltiplas articulações	Re Jane Batista da Silva


 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 01 FEV 2021
PROTÓCOLO
 AGÊNCIA RECIFE