



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
044.839.864-81

Nome
ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA

Nascimento
09/01/1976

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CODIGO DE CONTROLE
7094.1728.C667.FC03

A autenticidade deste comprovante deverá
ser conferida na Internet no endereço:

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Em 19.07.09 09:05 24710019 (Data e Hora de Brasília)
Dígito Verificador: 33



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

12.03




Eliana Cristina Melo da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO ORIGINAL 5.220.891 DATA DE EMISSÃO 10/01/2019

NOME << ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ BERTO MENINO DA SILVA FILHO >>
<< ELIANE CRISTINA MELO DA SILVA >>

NATURALIDADE GRAVATA - PE DATA DE NASCIMENTO 09/01/1976

DOC. ORIGEM << CN, 25.677 LA-21 F.268 CART. 1º

GRAVATA-PE 22.02.2009

CPF 044.839.864-81

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1513062552E01083250B451904

1-94 70.126 - 2012

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

03 ABR 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

Comprensão

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190256960 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA **Data do acidente:** 18/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PG. 7,8.

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: 3190256960 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA **Data do acidente:** 18/12/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PG. 7,8.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0114082/19

Vítima: ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA

CPF: 044.839.864-81

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA : 044.839.864-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/04/2019
Nome: ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA
CPF: 044.839.864-81

ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190256960

Vítima: ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA

Data do Acidente: 18/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIANA CRISTINA MELO 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

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190256960

Vítima: ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA

Data do Acidente: 18/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o 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: ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000943

Conta: 0000055609-1

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 044.839.864-81 Nome completo da vítima: Elisiana Cristina Melo da Silva

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

Nome completo: Elisiana Cristina Melo da Silva CPF: 044.839.864-81

Profissão: Rececionista Endereço: Rua Ipojuca Número: 27 Complemento: _____

Bairro: Centro Cidade: Granato Estado: PE CEP: 55644-065

E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 9668-4819

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 55609

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, Granato 11/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Elisiana Cristina Melo da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
Assinatura DEVIDÊNCIA SIA

03 ABR 2019

PROCOLO
AGÊNCIA REGIFF

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO -
DP61ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **18E0151006379**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/12/2018** às **20:40**

Complementado pelo BO Número: **18E0151006380**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia
18/12/2018 às **11:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, RUA DO NORTE, PROXIMO A RUA VINTE UM DE ABRIL. ACLIVE, APOS A PONTE** - Bairro: **CENTRO** - **GRAVATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CICERO JOSE DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
GISSELE CRISTINE MELO DE ARAUJO (NOTICIANTE)
ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO JOSE DA SILVA**



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

CICERO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANA LUIZA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NAO DECLARADO** Data de Nascimento: **3/2/1967** Naturalidade: **AMARAJO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, SITIO BOA VISTA. - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL, LINHA DO TREM.**

GISSELE CRISTINE MELO DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA** Pai: **GIVALDO BEZERRA DE ARAUJO** Data de Nascimento: **8/6/1995** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8138682/SDS/PE (RG). 11111838488 (CPF)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 993585857**

Endereço Residencial: **RUA VINTE E UM DE ABRIL, 73 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ELIANE CRISTINA MELO DA SILVA** Pai: **JOSE BERTO MENINO DA SILVA** Data de Nascimento: **9/1/1976** Naturalidade: **SALVADOR BAHIA / BRASIL** Documentos: **5220891/SDS/PE (RG). 04483986481 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Pro AUTONOMO(A) Telefones Celulares: **- 989970545**

Endereço Residencial: **RUA VINTE E UM DE ABRIL, 73 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CICERO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO JOSE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/STRADA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MNV2782** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9BD27803A87059632**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **RENAVAM: 20961621427**

Complemento / Observação

A NOTICIANTE, A SENHORITA GISSELE CRISTINE MELO DE ARAUJO, PASSOU A RELATAR QUE A SUA GENITORA, A SENHORA ELIANE CRISTINA MELO DA SILVA, FOI VITIMA DE UM ATROPELAMENTO ENQUANTO ESTAVA EM VIA PUBLICA JUNTO AO CANTEIRO DO MEIO FIO AGUARDANDO MELHOR OPORTUNIDADE PARA ATRAVESSAR A VIA, QUANDO ENTAO FOI ATROPELADA PELO VEICULO FIAT STRADA CONDUZIDO PELO SENHOR CICERO JOSE DA SILVA, QUE SEGUNDO A NOTICIANTE, A SUA MÃE AINDA FOI ARRASTADA POR ALGUNS METROS APOS SER ATINGIDA; QUE RESTOU BASTANTE FERIDA EM VARIAS PARTES DO CORPO, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU AO HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDA AO HOSPITAL DA RESTAURACAO NO RECIFE. CONTUDO, O SENHOR CICERO JOSE AFIRMA QUE ESTAVA SUBINDO UM ACLIVE, ESTANDO O VEICULO CARREGADO COM ABACAXI E QUE DE REPENTE A VITIMA SURTIU NA FRENTE DO VEICULO; QUE ENTAO NAO FOI POSSIVEL EVITAR O ATROPELAMENTO; MAS, NEGA QUE A VITIMA TENHA SIDO ARRASTADA APOS O CHOQUE; QUE FICOU NO LOCAL DO FATO E SE COMUNICOU COM OS FAMILIARES DA VITIMA E PRONTIFICOU-SE A PRESTAR A DEVIDA ASSISTENCIA. OBS. O SENHOR CICERO NAO POSSUI CNH. TAMBEM NAO APRESENTOU O CRLV DO VEICULO.

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

CICERO JOSE DA SILVA
(AUTOR | AGENTE)

GISSELE CRISTINE MELO DE ARAUJO
(NOTICIANTE)

ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA
(VITIMA)

Elisana Cristina Melo da Silva

B.O. registrado por: **ISMAILSON ARAUJO DA SILVA** - Matrícula: **319.624-0**



Λ



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO -
DP61ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0151006380**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/12/2018** às **20:43**

Complementa o BO Número: **18E0151006379**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/12/2018** às **11:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, RUA DO NORTE, PROXIMO A RUA VINTE UM DE ABRIL. ACLIVE, APOS A PONTE** - Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CICERO JOSE DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
GISSELE CRISTINE MELO DE ARAUJO (NOTICIANTE)
ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO JOSE DA SILVA**



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

CICERO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANA LUIZA DA CONCEIÇÃO** Pai: **NAO DECLARADO** Data de Nascimento: **3/2/1967** Naturalidade: **AMARAJI / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, SITIO BOA VISTA. - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL, LINHA DO TREM.**

GISSELE CRISTINE MELO DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA** Pai: **GIVALDO BEZERRA DE ARAUJO** Data de Nascimento: **8/6/1995** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8138682/SDS/PE (RG), 11111838488 (CPF)** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 993585857**

Endereço Residencial: **RUA VINTE E UM DE ABRIL, 73 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ELIANE CRISTINA MELO DA SILVA** Pai: **JOSE BERTO MENINO DA SILVA** Data de Nascimento: **9/1/1976** Naturalidade: **SALVADOR / BAHIA / BRASIL** Documentos: **5220891/SDS/PE (RG), 04483986481 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 989970545**

Endereço Residencial: **RUA VINTE E UM DE ABRIL, 73 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CICERO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CICERO JOSE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/STRADA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **MNV2782 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9BD27803A87059632**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **RENAVAM: 20961621427**

Complemento / Observação

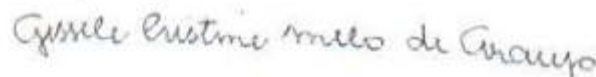
A NOTICIANTE, A SENHORITA GISSELE CRISTINE MELO DE ARAUJO, PASSOU A RELATAR QUE A SUA GENITORA, A SENHORA ELIANE CRISTINA MELO DA SILVA, FOI VITIMA DE UM ATROPELAMENTO ENQUANTO ESTAVA EM VIA PUBLICA JUNTO AO CANTEIRO DO MEIO FIO AGUARDANDO MELHOR OPORTUNIDADE PARA ATRAVESSAR A VIA, QUANDO ENTAO FOI ATROPELADA PELO VEICULO FIAT STRADA CONDUZIDO PELO SENHOR CICERO JOSE DA SILVA, QUE SEGUNDO A NOTICIANTE, A SUA MÃE AINDA FOI ARRASTADA POR ALGUNS METROS APOS SER ATINGIDA; QUE RESTOU BASTANTE FERIDA EM VARIAS PARTES DO CORPO, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU AO HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDA AO HOSPITAL DA RESTAURACAO NO RECIFE. CONTUDO, O SENHOR CICERO JOSE AFIRMA QUE ESTAVA SUBINDO UM ACLIVE, ESTANDO O VEICULO CARREGADO COM ABACAXI E QUE DE REPENTE A VITIMA SURTIU NA FRENTE DO VEICULO; QUE ENTAO NAO FOI POSSIVEL EVITAR O ATROPELAMENTO; MAS, NEGA QUE A VITIMA TENHA SIDO ARRASTADA APOS O CHOQUE; QUE FICOU NO LOCAL DO FATO E SE COMUNICOU COM OS FAMILIARES DA VITIMA E PRONTIFICOU-SE A PRESTAR A DEVIDA ASSISTENCIA. OBS. O SENHOR CICERO NAO POSSUI CNH. TAMBEM NAO APRESENTOU O CRLV DO VEICULO.

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

CICERO JOSE DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)



GISSELE CRISTINE MELO DE ARAUJO
(NOTICIANTE)



B.O. registrado por: **ISMAILSON ARAUJO DA SILVA** - Matrícula: **319.624-0**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	044.839.864-81	Elisiana Cristina Melo da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Elisiana Cristina Melo da Silva	044.839.864-81	
Profissão:	Endereço:	Número:
Rececionista	Rua Ipojuca	27
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Gravata	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	55644-065	(81) 9668-4814

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 55609

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Gravata 11/03/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Elisiana Cristina Melo da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

Assinatura DEVIDÊNCIA SIA

03 ABR 2019

PROCOLO

AGÊNCIA REGIFF

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 15/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000055609-1

Nr. da Autenticação 81D1A463A4302187

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MONICA MARIA DE OLIVEIRA
CPF: 025.367.354-27 NIS: 16552763221

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA IPOJUCA 27 A
CENTRO/GRAVATA
55641-065 GRAVATA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

18/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

79,19

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

09/03/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO
09/03/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL
053270605

CONTA CONTRATO

004004746002

Nº DO CLIENTE
2002271983

Nº DA INSTALAÇÃO
0001273439

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

4B1C.2103.0024.564C.6C88.B99E.5DB1.3D10

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,25436228	7,63
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,43604963	30,52
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	47,00	0,65407444	30,74
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,74
ICMS Subvenção-CDE-NF 041944857-11/12/18			0,54
ICMS Subvenção Baixa Renda			1,04
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98
TOTAL DA FATURA			79,19

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
68,89	25,00	17,22	68,89	1,01	0,69	68,89	4,68	3,22

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Receb	Valor
13/02/19	09/03/19	125,87

Esta comunicação NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,17529850
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,30222500
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh: 0,45333905

HISTÓRICO DO CONSUMO

MÊS	CONSUMO kWh
MAR 19	147
FEV 19	229
JAN 19	30
DEZ 18	155
NOV 18	219
OCT 18	143
SET 18	91
AGO 18	203
JUL 18	31
JUN 18	143
MAI 18	121
ABR 18	101
MAR 18	107

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

RS	%
Geração de Energia	32,14 32,15
Transmissão	3,26 4,78
Distribuição (Celpe)	15,21 22,22
Encargos Setoriais	2,22 3,22
Tributos	21,13 30,67
Perdas de Energia	4,81 6,98
TOTAL	68,89 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000051554175	CAT	06/02/2019	27.636,00	09/03/2019	27.783,50	31	1,00000	0,00	147,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 05/04/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM.	METAS ANUAL
Jan/2019					
DIC-No.de horas sem Energia		0,00	5,55	11,10	22,21
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,20	6,00	8,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 24,40					

Toda Consumidora pode solicitar a suspensão dos indicadores DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Evite presentes: rua padre joaquim cavalcanti no 23 gravata centro / Iaelson virgolino da silva - m: av gov agamenon magalhaes 134 pradoLista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.458/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 41,74.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
004004746002	03/2019	79,19	18/03/2019

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

838200000002 791900110048 004746002109 137854858534



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

03 ABR 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da RestauraçãoCRACHA
APOIO

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

1068935

Data e Hora de Atendimento:
18/12/2018 22:06Local de Entrada: EMERGEN
Atendimento Manual :

Cod. Paciente: 1660229 Paciente: ELIANA CRISTINA MELO DA SILVA SIC
Data de nascimento: 09/01/1976 Idade: 42a 11m 9d Sexo: FEMININ
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: ELAINE CRISTIN
DOC ID / Data expedição: Mãe: ELIANE CRISTINA MELO DA SILVA
Pai: JOSE BERTO MENINO DA SILVA FILHO Cartão SUS: 70260777021
Endereço: VINTE E UM DE ABRIL Numero 27
Bairro: CENTRO Complemento
Cidade: GRAVATA UF: PE Telefone: 989970545
Corrências:

Motivo do atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO / ACIDENTE DE TRABALHO
Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐Outros ☐

Observação:

Notificado 19/12/18
Vigilância Epidemiológica Hospitalar
VEH-HR/NEPI ATT

História Clínica:

Paciente vítima de atropelamento por veículo.

Queda no asfalto em movimento. 6.º andar.

Nas primeiras horas. Resposta que após o acidente ficou ruim.

Nas primeiras / Nas horas. 1PM.

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Que?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.

Ao exame:

3: Respiratório

3: Circulatório

PA: X mm

Pulso: 3 bpm

Paciente vem do acidente. Está em 0 MB.

(Morte)

Reflexo à morte.

→



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Clara Carneiro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

15/12/18

4h10

Paciente vítima de acidente, se trata
de acidente de trânsito, C/ trauma
por acidente, trauma, CC 215, P201,
to de trauma de trauma

CD: A/trauma

- Doença crônica de trauma/trauma

19/12/18

Paciente sem ver

R+ el trauma trauma

ARTICULAR DE

el AHA p/ trauma trauma

André Vitorino de Góes
Cirurgião Geral e Odontólogo
CRM 12519



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

NOME DO PACIENTE

Elena Guatima Melo

REG 1068935

E

REGISTRO N.º

ENF/LEITO

MAC

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
1) Dieta oral 2 dias após SR									
2) Felco hepatoprotetor									
3) Cepelotina 1g + AD, EV - 8h	Dr. Fábio Araújo CRM 27030								
4) Dipirona 1g + AD, EV, 6/6h									
5) Eutanol 50mg + ST 9h									
6) 100ml EV 6/6h									
7) Eutativo local									
8) ASR -> após as 6:00h									
9) Suco vitamínico + eletrólitos q 8h									

CUIDADOS

ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO

Dr. Thiago A. Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM 24.819

ASSINATURA DO MÉDICO

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nivel

COD. 0313

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Eliana Cristina Melo da Silva
 Enf / Leito: _____ Registro: 1068935

DIA: 19/11/19 DIA: 20/12 DIA: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
()	Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)
()	Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)
()	Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)
()	Mudança de decúbito (3 em 3 horas)
()	Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)
()	Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06
09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06
12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS	
10	80
16	
22	87
10	80
16	19
22	36°C
10	36°C
16	
22	
10	90 x 60
16	110 x 80
22	

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10				
16				
22				
10				
16				
22				
10				
16				
22				
10				
16				
22				

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Genny Kelly de Barros Melo
 COREN-PE 523.404/E



PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PRESCRIÇÃO CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

TRATAMENTO AVC



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

NOME DO PACIENTE		ENF/LEITO	REGISTRO	DIA	HORÁRIO	DIA	HORÁRIO	DIA	HORÁRIO	DIA
				17/08	19/12/2017					
MEDICAMENTO		DOSE	VIA	INTERN.						
1 - SORO FISIOLÓGICO 0,9 %		100 ml	IV	24h						
2 - RANITIDINA - 01 AMPOLA + AD			IV	12/12h						
3 - PLASIL + AD (S/N)			IV	S/N						
4 - DIPIRONA (2.8) AD			ATE	8/9h						
5 - LIQUEMINE 0,25ml. (SUSPENSÃO)			IV	S/N						
6 - CAPOTEN 25 01CP			ATE	6/5h						
7 - INSULINA SIMPLIS CONFORME HGT			SC	12/12h						
8 - DIETAS (VAG)			SC	/DIA						
9 - 1mm. 50mg/ml. 6V.			SL	SN						
10 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
11 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
12 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
13 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
14 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
15 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
16 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
17 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
18 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
19 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
20 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
21 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
22 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
23 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
24 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
25 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
26 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
27 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
28 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
29 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
30 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
31 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
32 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
33 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
34 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
35 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
36 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
37 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
38 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
39 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
40 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
41 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
42 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
43 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
44 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
45 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
46 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
47 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
48 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
49 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
50 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
51 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
52 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
53 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
54 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
55 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
56 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
57 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
58 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
59 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
60 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
61 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
62 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
63 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
64 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
65 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
66 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
67 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
68 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
69 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
70 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
71 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
72 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
73 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
74 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
75 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
76 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
77 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
78 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
79 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
80 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
81 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
82 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
83 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
84 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
85 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
86 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
87 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
88 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
89 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
90 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
91 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
92 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
93 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
94 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
95 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
96 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
97 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
98 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
99 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							
100 - 50mg. 200mg. 08/08h S/N			SC							

ASSINATURA DO MÉDICO

Rodrigo Paschoa
CRM 149687

Cod. 0000

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *Thiana Cristina Melo da Silva* Nº do Registro : *1068935*

Clínica : *Traumatologia* Nº do Leito :

Operador : *Dr. Márcio Alves*

1º Assistente : *Dr. Thiago A.* 2º Assistente : *Dr. Rodnei*

Instrumentador : Anestesista :

Anestesia : *Bloqueio* Duração : *± 1 hora*

Data da Operação : *20/12/2018* Início : Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : *Fratura de rádio distal direito*

Diagnóstico Pós-Operatório : *O mesmo*

Operação Proposta : *Intervenção cirúrgica p/ Osteossíntese de Fratura*

Operação Realizada : *O mesmo*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em DM, sob anestesia Bloqueio
- 2) Anestesia + Antimicrobiano + Aponex de equios
- 3) Observação fratura com uso de intensificação
- 4) Realização redução imediata
- 5) Inserção 2 K-L no rádio com uso de intensificação + elástico local
- 6) Tala gipsa em neutro + dipolo uso.
- 7) A SR.



Dr. Thiago A. Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 14.819

FICHA DE ANESTESIA

Data

20/12/18

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

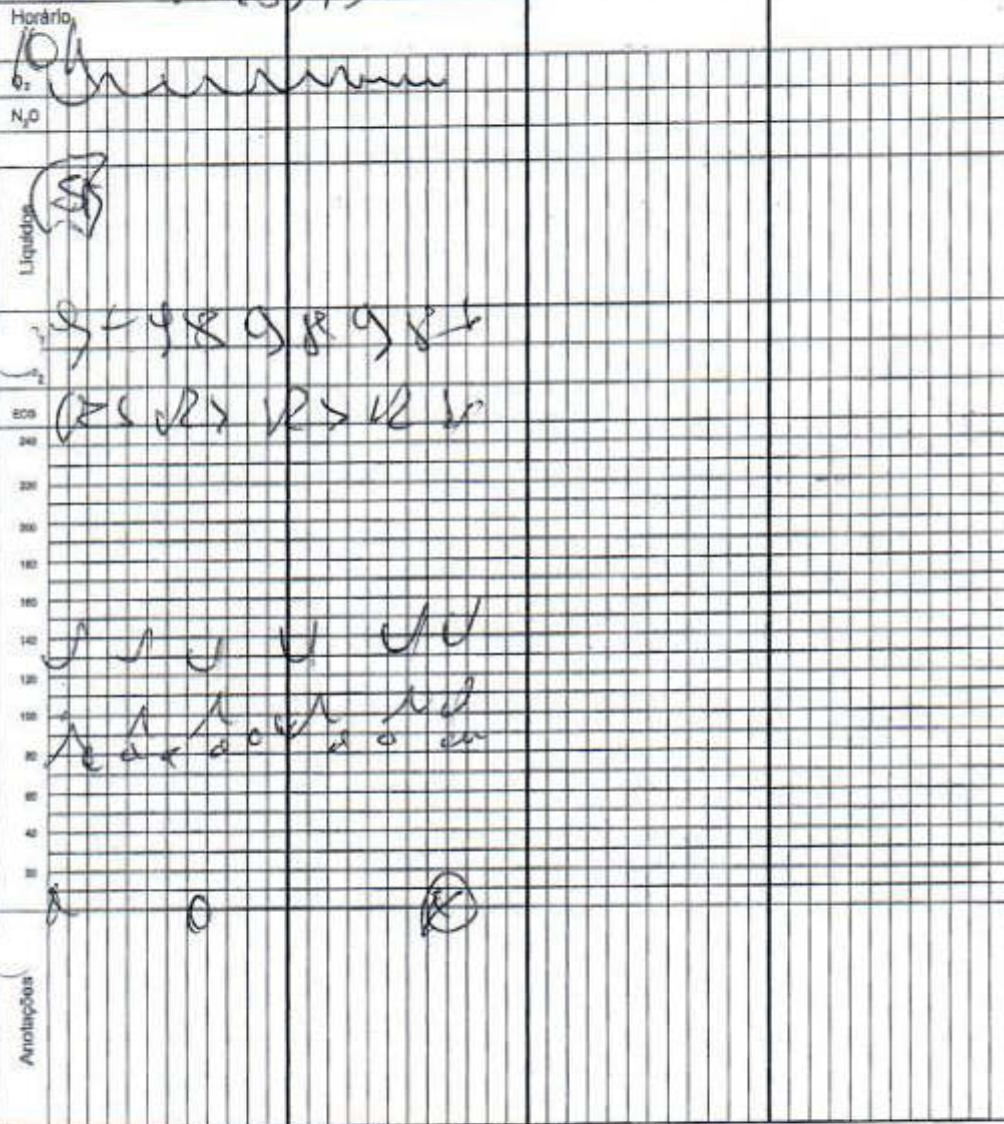
PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente: ELIANIA CRISTIANO MELO F M 45 AN
 Nome do Anestesiologista: EDUARDO DE AMARAL Nome do Cirurgião: R. M. MARTO + T. V. B.
 Medicação Pré-anestésica: Urgência ☐ Não ☐ Sim

Cirurgia: REDUÇÃO CIRÚRGICA DO PUNHO D

106835



Drogas Usadas	Quantidade
ROPIVACAÍNE	100ml
AMORFOS	
MIOPOLAM	5
FENTANIL	50mcg
PROPOFOL	200ml

Técnica Anestésica: Bloqueio giras do ASID + redução

Monitorização

☒ Cardíaco

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Elet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☐ Acordado

☒ Sonolento

☒ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart. / Ent.

☐ UTI

☐ Externo

Intercomência: ☒ Não ☐ Sim

Descrever:

Observações:

Assinatura do Anestesiologista:

Eduardo Ferreira do Amaral
Anestesiologista

COD. 0152

PACIENTE Elvira Cristiana Melo de Souza REGISTRO 1660229

Suete

data 20/12/18 CIRCULANTE

CIRURGIA Redução de Luxação

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICAÇÃO	QUANT.	MEDICAÇÃO
☒	Agulha 25x07		Fio protene s/a		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
☒	Agulha 40x12		Fio de seda		Agua destilada 10ml		Naloxona (narcan)
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocaina
	Agulha de bloqueio ()		Fio simples		Alfentanila (rapifen)		Neostigmine
☒	Atad. Crepe		Fita cardíaca		Antibiótico		Pancurônio
☒	Atad. Gessada <u>30 cm</u>	☒	Gase		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático		Atropina		Propofol
	Capa de vídeo	☒	Lâmina bisturi nº <u>15</u> ()		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
☒	Cat. venopuncção nº	☒	Luva cirúrgica nº 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
	Cat. de oxigênio	☒	Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron		Soro fisiológico
	Cára óssea	☒	Luva de procedimento		Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado () aberto ()	☒	Seringa insulina () 5cc ☒		Diazepan		Soro glicosado
☒	Compressa cirúrgica	☒	Seringa 10cc ☒ 20cc ()		Dipirona		Soro Ringer 500ml
☒	Conexão 2 vias	☒	Sistema de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelicin)
	Eletrodo		Sonda endotraqueal ()		Dormonid		Tracrium
☒	Eq. De bomba		Sonda de foley nº ()		Enflurano		Vitamina C
☒	Eq. De soro		Sonda nosogástrica nº ()		Etilefrina (efortil)		Vitamina K
	Fio cromado	☒	Sonda uretral nº <u>16</u>		Fenitoina (hidantal)		Xilocaína C/A
	Fio cromado		Torneira de 3 vias		Fentanil		Xilocaína S/A
	Fio de aço	☒	Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)		Xilocaína 2ml
	Fio de aço	☒	<u>gater</u>		Gela fundin		Xilocaína geléia
	Fio de algodão c/a		<u>alcatraz 200ml</u>		Glicose 10ml		
	Fio de algodão c/a		<u>cloroquina 200ml</u>		Gluconato de sódio		
	Fio de algodão s/a	☒	<u>esclavos</u>		Heparina		
	Fio de algodão s/a	☒	<u>vaso-lene</u>		hidrocortisona		
	Fio de algodão s/a	☒	<u>panepes</u>		Hypnomidate		
	Fio de nylon	☒	<u>do latices</u>		isoflurano		
	Fio de nylon	☒	<u>Fio Kevlar 20.15</u>		Lanexat (flumazinil)		
	Fio protene c/a				Manitol		
	Fio protene c/a				Meperidina (Dolantina)		
	Fio protene s/a						



REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Elisara Cristina Melo REGISTRO: 1660299
IDADE: 42 SEXO: M() ☒ F() SETOR DE PROCEDENCIA: Urgência

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr. Mario ANESTESISTA: Fúdes
1ª AUXILIAR: Diogo 2ª AUXILIAR: — INSTRUMENTADOR: —
ENFERMEIRA: Glécia CIRCULANTE: Susete

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Redução INÍCIO: 10:20h TÉRMINO: 10:40
TIPO DE ANESTESIA: Alívio físico INÍCIO: 10:00h TÉRMINO: 10:50

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM() ☒ REGULAR() ☒ GRAVE() NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE() ☒ ORIENTADO() ☒ SONOLENTO() ☒ SEDADO() ☒ INCONSCIENTE()
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA() ☒ ENTUBADO() ☒ TRAQUEOSTOMIZADO() CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA: — PULSO: — PA: —
PELE: ÍNTEGRA() ☒ LESIONADA() ☒ DIURESE: ESPONTÂNEA() ☒ SONDAS() ☒ DISPOSITIVO URINÁRIO() ☒ ALERGIA: — PERTENCES: —
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP() ☒ TRICOTOMIA() ☒ MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: SIM() ☒ NÃO() ☒ PROTESE DENTÁRIA: SIM() ☒ NÃO() ☒

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER() ☒ LATERAL() ☒ DORSAL() ☒ VENTRAL() ☒ GINECOLÓGICA() ☒ PROTEÇÃO OCULAR: SIM() ☒ NÃO() ☒ LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: —
CONTAGEM DE COMPRESSAS INÍCIO: 15 FINAL: 15 CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHADO: INÍCIO: — FIM: —
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM() ☒ NÃO() ☒ QUAL: — HORA: — PREENCHEU COTA: SIM() ☒ NÃO() ☒
GARROTEAMENTO: SIM() ☒ NÃO() ☒ TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: — FINAL: —
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: Sim CONFERIDO POR: E.M.G. HORA: —

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR() ☒ OXÍMETRO() ☒ CAPNÓGRAFO() ☒ PNI() ☒ ASPIRADOR MONTADO() ☒ MANTA TÉRMICA() ☒ AP.VÍDEO() ☒ TORPEDO DE NITROGÊNIO() ☒ TORPEDO DE CO₂() ☒ BISTURI ELÉTRICO() ☒ MICROSCÓPIO() ☒ CAVITRON() ☒ INTENSIFICADOR() ☒ BOMBA DE INFUSÃO() ☒ DIPRIFUSOR() ☒ ESTIMULADOR DE NERVOS() ☒ DERMATOMO() ☒ BISTURI ULTRASSÔNICO() ☒
INSTRUMENTAIS CONSIGUIRADOS SIM() ☒ NÃO() ☒

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM() ☒ NÃO() ☒ NOME DA PEÇA: — MATERIAL: —
ECLUÇÃO: — IDENTIFICADO POR: —
CULTURA: SIM() ☒ NÃO() ☒ EXAMES LABORATORIAIS: SIM() ☒ NÃO() ☒ GASOMETRIA: SIM() ☒ NÃO() ☒ RX: SIM() ☒ NÃO() ☒



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

4 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Elaine Cristina Melo da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

166029

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de plano uol

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TC E

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/12/18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Dr. Carlos Roberto Silva
CRM 221294

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Cod. 0421



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

REC-709 A-1970/18

Serie A
1ª Parte

Transcrição de Registro (Fato)	Idade Operacional	Circunscrição	Data de Registro	Município de Registro	Nº da Folha / Total de Folhas
	29 OIPM	62ª - Gravata	18/12/18	20:10	01 / 03
Nº	Atropelamento sem vítima fatal				
	Nº M - 10196166				
Dados do Envolvido	Idade (dd / mm / aaaa)	hora (hh:mm)	☒ Acidente Comprovado	☐ Constatado Teste IV	☐ Culposos Culposos
	18.12.18	13:30	Acidente Comprovado		
Dados do Envolvido	Circunscrição do Fato	Local do Fato	Número		
	62ª	Via Pública	93		
Dados do Envolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Bairro	CEP		
	Rua 21 de Abril	Norte			
Dados do Envolvido	Município	UF	Pronto de Emergência		
	Gravata	PE	De frente do mercadinho		
Dados do Envolvido	☒ VITIMA	☐ IMPUTADO	☐ SUSPEITO	☐ TESTEMUNHA	☐ OUTROS
	TURISTA ☐ SIM ☐ NÃO				
Dados do Envolvido	Nome (Por extenso)				
	Elisiana Cristina Melo da Silva				
Dados do Envolvido	Nome (Por extenso)				
	José Berto Menino da Silva				
Dados do Envolvido	Nome (Por extenso)				
	Elisiana Cristina Melo da Silva				
Dados do Envolvido	Apelido / Nome Real	Sexo	Estado Civil	1. Solteiro(a)	2. Casado(a)
		☒ F ☐ M	☒ Solteiro(a)	3. Viúvo(a)	4. Divorciado(a)
Dados do Envolvido	Idade (dd/mm/aaaa)	Idade (dd/mm/aaaa)	1. Acidente Comprovado / 2. Acidente Comprovado / 3. Acidente Comprovado	4. Acidente Comprovado / 5. Acidente Comprovado	6. Acidente Comprovado
	03/11/63	63 anos	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado
Dados do Envolvido	☒ RG	☐ CNH	Orgão Expedidor	CPF	CNPJ
	5.220891	531	PE		
Dados do Envolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Bairro	CEP	Município	UF
	Rua 21 de Abril	Norte		Gravata	PE
Dados do Envolvido	Dados Profissionais (Emprego)				
	Autônoma				
Dados do Envolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Bairro	CEP	Município	UF
Dados do Envolvido	Idade (dd/mm/aaaa)	Idade (dd/mm/aaaa)	1. Acidente Comprovado / 2. Acidente Comprovado / 3. Acidente Comprovado	4. Acidente Comprovado / 5. Acidente Comprovado	6. Acidente Comprovado
	03/11/63	63 anos	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado
Dados do Envolvido	☒ RG	☐ CNH	Orgão Expedidor	CPF	CNPJ
	5.817919	505	PE		
Dados do Envolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Bairro	CEP	Município	UF
	Sítio Boa Vista	Prox. do Turco Fino		Gravata	PE
Dados do Envolvido	Dados Profissionais (Emprego)				
	Autônomo				
Dados do Envolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Bairro	CEP	Município	UF
Dados do Envolvido	Idade (dd/mm/aaaa)	Idade (dd/mm/aaaa)	1. Acidente Comprovado / 2. Acidente Comprovado / 3. Acidente Comprovado	4. Acidente Comprovado / 5. Acidente Comprovado	6. Acidente Comprovado
	03/10/67	52 anos	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado
Dados do Envolvido	☒ RG	☐ CNH	Orgão Expedidor	CPF	CNPJ
	5.817919	505	PE		
Dados do Envolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Bairro	CEP	Município	UF
	Sítio Boa Vista	Prox. do Turco Fino		Gravata	PE
Dados do Envolvido	Dados Profissionais (Emprego)				
	Autônomo				
Dados do Envolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Bairro	CEP	Município	UF
Dados do Envolvido	Idade (dd/mm/aaaa)	Idade (dd/mm/aaaa)	1. Acidente Comprovado / 2. Acidente Comprovado / 3. Acidente Comprovado	4. Acidente Comprovado / 5. Acidente Comprovado	6. Acidente Comprovado
	03/10/67	52 anos	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado
Dados do Envolvido	☒ RG	☐ CNH	Orgão Expedidor	CPF	CNPJ
	5.817919	505	PE		
Dados do Envolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Bairro	CEP	Município	UF
	Sítio Boa Vista	Prox. do Turco Fino		Gravata	PE
Dados do Envolvido	Dados Profissionais (Emprego)				
	Autônomo				
Dados do Envolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Bairro	CEP	Município	UF
Dados do Envolvido	Idade (dd/mm/aaaa)	Idade (dd/mm/aaaa)	1. Acidente Comprovado / 2. Acidente Comprovado / 3. Acidente Comprovado	4. Acidente Comprovado / 5. Acidente Comprovado	6. Acidente Comprovado
	03/10/67	52 anos	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado
Dados do Envolvido	☒ RG	☐ CNH	Orgão Expedidor	CPF	CNPJ
	5.817919	505	PE		
Dados do Envolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Bairro	CEP	Município	UF
	Sítio Boa Vista	Prox. do Turco Fino		Gravata	PE
Dados do Envolvido	Dados Profissionais (Emprego)				
	Autônomo				
Dados do Envolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Bairro	CEP	Município	UF
Dados do Envolvido	Idade (dd/mm/aaaa)	Idade (dd/mm/aaaa)	1. Acidente Comprovado / 2. Acidente Comprovado / 3. Acidente Comprovado	4. Acidente Comprovado / 5. Acidente Comprovado	6. Acidente Comprovado
	03/10/67	52 anos	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado
Dados do Envolvido	☒ RG	☐ CNH	Orgão Expedidor	CPF	CNPJ
	5.817919	505	PE		
Dados do Envolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Bairro	CEP	Município	UF
	Sítio Boa Vista	Prox. do Turco Fino		Gravata	PE
Dados do Envolvido	Dados Profissionais (Emprego)				
	Autônomo				
Dados do Envolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc)	Bairro	CEP	Município	UF
Dados do Envolvido	Idade (dd/mm/aaaa)	Idade (dd/mm/aaaa)	1. Acidente Comprovado / 2. Acidente Comprovado / 3. Acidente Comprovado	4. Acidente Comprovado / 5. Acidente Comprovado	6. Acidente Comprovado
	03/10/67	52 anos	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado	Acidente Comprovado
Dados do Envolvido	☒ RG	☐ CN			



2ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIAA-1970/18
Série A
2ª Parte

Fato		5-CIPM		18/12/18		03103	
Modus Operandi	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?				
	Local de Egresso?		Forma de Entrada?				
	Adequação no Local?		Forma de Egresso?				
	Entra e Sai?		Exatidão?				
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo		Número de Série		
	Quantidade	Valor	Modelo		Objeto Apreendido?		
	Qual o motivo do registro do objeto?				☐ Sim ☐ Não		
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo		Número de Série		
Dados do Veículo	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo		Número de Série		
	Quantidade	Valor	Modelo		Objeto Apreendido?		
	Qual o motivo do registro do objeto?				☐ Sim ☐ Não		
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo		Número de Série		
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renovar		
	UP	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?			
	Qual o motivo do registro do veículo?		☐ Sim ☐ Não				
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Número de Série		
Dados Complementares	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Número de Série		
	Quantidade	Valor	Modelo		Objeto Apreendido?		
	Qual o motivo do registro do objeto?				☐ Sim ☐ Não		
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo		Número de Série		
Exames Periciais	S. Solicitado		R. Realizado				
	Tipo de Exame		Envolvido		Tipo de Exame		
	Envolvido		Envolvido		Envolvido		
	Envolvido		Envolvido		Envolvido		
Responsáveis	Assessor		Assessor		Assessor		
	Assessor		Assessor		Assessor		
	Assessor		Assessor		Assessor		
	Assessor		Assessor		Assessor		

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 4068935

Nome : Eliora Brito Neto

Foi atendido às 22:06 hs. do dia 18, 12, 2013

Diagnóstico Provável : fratura de 1ª e 2ª falange do 2º

Tratamento Realizado : fratura

fratura com 15 mm de comprimento e 10 mm de largura

fratura com 15 mm de comprimento e 10 mm de largura

Observação : fratura com 15 mm de comprimento e 10 mm de largura

Cópia de : fratura com 15 mm de comprimento e 10 mm de largura

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.