



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

BILHETE PAGO EM: 23/01/2020

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PE/KIJ-8550
CHASSI Nº:	9C2HB0210DR434951
RENAVAM:	00550256784
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 12,30 (DOZE REAIS E TRINTA CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 4 de Maio de 2020



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

Assinatura e rubrica do representante da Seguradora Líder DPVAT, utilizada para a emissão e validade do Bilhete.



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PUBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

146



Glória Estelina da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

NUMERO
SERIAL

4650558

DATA DE EMISSÃO 19-08-1972

NOME

GLÓRIA ESTELINA DA SILVA

PAI

Manoel Monteiro da Silva
Estelina Severina da Silva.

NACIONALIDADE

BEZERRAS PE

DATA DE REGISTRO

28-08-1972

C.O.Nasc. 16.646, Fls. 216v, Liv. 15, d.

Cert. de Bezerras PE

PAI

Glória Estelina da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

CTG

882279284 04

882.279.284.04

Glória Estelina da Silva

NASCIMENTO

28.08.72

Glória Estelina da Silva

VALIDADE DO DOCUMENTO COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

ESTE CARTÃO É DOCUMENTO COMPROVANTE DE REGISTRO NO CADASTRO DE REGISTRO NACIONAL - CNR - DE TODAS AS PESSOAS E NOS CASOS LEGISLADAMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NACIDADE TRIBUTÁRIA PRECISA A PRESENTAÇÃO DA IDENTIDADE DA PESSOA REGISTRADA.

CARTÃO DO AGENTE EMISSOR

024/0112 - F

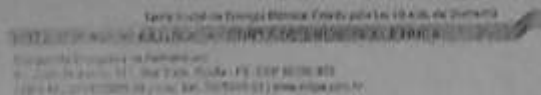
12/08/91

BANDEPE
0410200-2

FORM. NÚMERO E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

ESPECIÇÃO POR INSTAÇÃO/REGISTRO DE CNR

Josefina da Silva
Assinatura do Agente Emissor

ENGENHEIRO DA UNIDADE CONSUMIDORA
ELICIA BERNARDES

Centrifuge Dog Research
 800-274-0549
 57-000-000

2672934012	08/2019
02/09/2019	24/09/2019
89.36	

INTERNATIONAL JOURNAL OF

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	TOTAL (R\$)
Consórcio Algodão	77 DOZENS	R.77645172	68.79
Empacotem 10 unidades 500G			2.26
Algodão tipo Maracá VERMELHO			3.62
Cevêrio Aum. Pública Municipal			3.19
1000 unidades 250 G			0.48
1000 unidades 250 G			1.10
1000 unidades 250 G			2.82
1000 unidades 250 G			3.31

TOTAL CAPABLES

2930

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

Nº DE REGISTRO	TOMO Nº	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE PAGS	COMISSÃO	ANEXO	CONTINUA (SIM)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
1000000000	001	25.07.2014	0 0000	26.08.2014	0 0000	22	1,0000		11,00

[illegible]

REF ID: A63638 INSTANT

Elaborado por el autor a partir de los datos de la encuesta y de la información de los registros de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Educación Pública.

ENTÃO A CELPE INFORMA QUE VOCÊ PODE CONTAR EM ABERTO

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

...the ...
...the ...
...the ...
...the ...



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

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 20E4143000767

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR (AGENTE)
JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO (OUTRO)
CICERA ESTELINA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

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

Nome do Agente: NAO INFORMADO

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO
Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

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

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

Cicera Estelina da Silva
CICERA ESTELINA DA SILVA

(VITIMA)
Jose Maciel da Silva Monteiro

JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO

(OUTRO)

O. registrado por: CICERO ABILIO DE ALMEIDA - Matrícula: 1581678

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

1 - Nº do acidente ou AIL: _____ 2 - CPF da vítima: 229.279.284-04 3 - Nome completo da vítima: Lucia Estelina da Silva

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

4 - Nome completo: Lucia Estelina da Silva 5 - CPF: 229.279.284-04
6 - Endereço: Rua dos Remédios 7 - Número: 310 8 - Complemento: _____
9 - Cidade: Belem 10 - Estado: PA 11 - CEP: 66000-000
12 - Telefone: 81-999724650

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

13 - Nome completo do Representante Legal: _____
14 - CPF do Representante Legal: _____ 15 - Profissão do Representante Legal: _____

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

16 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
Indicar o dígito se existir Indicar o dígito se existir

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 4043 CONTA: 01-038688 9
Indicar o dígito se existir Indicar 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, sem qualquer ônus, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

- ☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Declaro e protejo o conteúdo da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, estando ciente, desde já, 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____

36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

37 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

38 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - Local e Data: Belem 15/05/2020

40 - Assinatura do representante legal (se houver): Lucia Estelina da Silva

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (se houver): _____

42 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

43 - Assinatura do representante legal (se houver): _____

44 - Data: 15/05/2020

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

1 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

030.279.284-04

4 - Nome completo da vítima:

Cilene Estelina da Silva

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

6 - Nome completo:

Cilene Estelina da Silva

6 - CPF:

030.279.284-04

8 - Endereço:

Rua dos Remédios

9 - Número:

5/11

10 - Complemento:

12 - Cidade:

Belem

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55000-000

16 - Tel. (DDD):

(91) 999794600

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 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)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

 4043

CONTA:

 01-038688

 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, em nome do 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.

Deixo a 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 nº 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 necessário, do meu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grupo Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou resíduo (ou herança)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim ☐ Não

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 provarem sua condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da possibilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Belem 15/05/2020

Cilene Estelina da Silva

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (obrigatório)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01/05/2019

TESTEMUNHAS

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200183035

Vítima: CICERA ESTELINA DA SILVA

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERA ESTELINA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200183035

Vítima: CICERA ESTELINA DA SILVA

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERA ESTELINA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **CICERA ESTELINA DA SILVA**

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

Banco: **033**

Agência: **000004045**

Conta: **000001038688-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERA ESTELINA DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04045

CONTA: 000001038688-9

Nr. da Autenticação F0489380372F2311

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 5/8/19 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0142782/20

Vítima: CICERA ESTELINA DA SILVA

CPF: 882.279.284-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/10/2019

Titular do CPF: CICERA ESTELINA DA SILVA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERA ESTELINA DA SILVA : 882.279.284-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:	REGISTRO:
DATA: 02.10.19		HORA: 18:14	TELEFONE: 9382
NOME: <i>Patricia da Silva</i>		IDADE:	
NOME DA MÃE: <i>Patricia da Silva</i>			
CIDADE: <i>Bezerros</i>	BAIRRO: <i>Bezerros</i>		
SINAIS VITAIS			
PA: 50/20 mmHg	HGT: ☒	T: ☒ °C	PESO: ☒ kg

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata
CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. O Apnéia O Cianose O Estridor O FC <50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 lpm
 2. O Envenenamentos frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
 3. O PAS <90 ou >200mmHg O PAD <40 ou >130mmHg HGT <40 ou >111 mg/dL O Convulsão no momento
 4. O Hemorragia exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
 5. O Anisocoria O Anafilaxia associada a insuficiência respiratória
- Sinais de emergência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. O Traumatismo com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS <90 ou >180mmHg O PAD <50 ou >110mmHg sem sintomas
2. O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deglutição
3. O Tumor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
4. O Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% O Vítilo de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor abdominal intensa O Dor torácica intensa O Malena O Hematêmicas O Enterorriais O Polipneia

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo
CLASSIFICAR COMO VERDE

1. O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
 2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
 3. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
 4. O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abscessos O Intercorrências ortopédicas
- IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)
CLASSIFICAR COMO AZUL

1. O Queimadura de 1ª grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
2. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
3. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
4. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
5. O Constipação Intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☒ Vermelho *paciente com sinais de emergência*
☐ Amarelo *paciente com sinais de emergência*
☐ Verde
☐ Azul

Alergias: () NÃO () SIM

ENCAMINHADO:

Assinatura da Enfermeira e C.A.S.
 Assinatura da Assistente Social

ORIENTAÇÕES:

Assinatura da Assistente Social

DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO

Chama-se Dr. [illegible] [illegible] [illegible]

☒ VOLTAREM 1 AMP. *LM*

☒ DEXAMETASONA 1 AMP. *LM*

☒ DICLOFENACO 1 AMP. *LM*

End R. [illegible] [illegible]

Consulta simples

Consulta c/ Observação

Indicação (internamento)

Melhora

Sollicitação

Transferência

Indisciplina

Óbito

Data: / /

Hora: :

SIM ()

NÃO ()

DIAS:

Data: / /

Médico - CREMEPE



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



108 1003864508428

HORA: 10:15 TELEFONE: IDADE: 40
NOME DA MÃE: IDADE DO NASCIMENTO: 10/8/72 ACOMPANHANTE: BAIRRO: N°:
C. 80 mmHg HGT: mg/dL T: °C PESO: 67 kg Técn. Enfermagem/CORR: 258395

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

1 - Sinais de Emergência imediata

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

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

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS <90 ou >180mmHg O PAD <50 ou >110mmHg sem sintomas
O Vômitos no momento
O Vaguitas ressecadas O Vómitos no momento
O Quedas de 1° e 2° áreas não críticas SCQ <10% O Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
O Dor abdominal intensa O Dor torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

CLASSIFICAR COMO VERDE

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

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

CLASSIFICAR COMO AZUL

- Quadro clínico sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente

Administração de medicamentos ou extração de pontos

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

CLASSIFICAÇÃO

Amarelo

Verde

Jacimar em HD

Alergias: () NÃO (X) SIM, a

ENCAMINHADO:

Assinatura da Enfermeira e Carimbo

e Carimbo

DATA DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO

HEROINOMANIA POR MOTO ENTÃO
 + UNIDADE DE TERMOLOGIA
 PRIMEIRO MÉDICO E UNIDADE
 DE SVIO.

CONDUTA / REAVALIAÇÃO / CONDUTA MEDICAÇÃO

5) + 1000 mg
 7) ENC AO MRA

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
☒ Consulta simples	☒ Melhora	Data: ____/____/____	SIM () NÃO ()
☐ Consulta de observação	☐ Solicitação		
☐ Consulta de acompanhamento	☐ Início de tratamento	Data: ____/____/____	DIAS
☐ Consulta de avaliação	☐ Óbito		

Médico - CREMEPE



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



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Local do acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5788691

Nome do Paciente: Cícero Estelino da Silva

Idade: 47 anos

Sexo: M Profissão: _____

Fone: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Bezerros

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Modo de Trabalho: Ônibus () Caminhão () Canto de Povoado () Motocicleta ()
Atividade: Pesca () Ciclismo ()
Acidente: Colisão: Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco de Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motorista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Queda: Queda de Altura () Queda de Própria Altura ()
Atividade: Submersão () Soterramento ()
Exposição: Exposição a Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Exposição: Exposição a 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: Queda () Altura Aproximada: _____ Metros () Queda de Própria Altura ()
Agressões: Agressões () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Atropelamento por moto, apresentando
fratura de metacarpo mediano direito.

Exame Diagnóstico: Fratura de metacarpo mediano (D)

AValiação Clínica

Signos Caplar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.O.: _____ P.A.: 120, 80
Vias Aéreas: FR: _____ Dispnéia S () N () Turgor Intercostal S () N () Obstrução Vias Aéreas S () N ()
Sinais Expiratórios: S () N () B.A.N. S () N () Deformidade do Tórax S () N () Gemido/Estítor S () N ()
Disúria Falsa/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de pele: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenta () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Fimico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

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

FO: RN 120-160
< 1 ano 80-140
Criança 80-110
Adulto 80-100

EXAME NEUROLÓGICO

Nome: _____ Data: _____ Resposta ao Exame: _____

Resposta Verbal

Resposta Verbal
Orientado: 5
Consciente: 4
Resposta apropriada: 3
Sua Incontinência: 2
Sem resposta Verbal: 1

Resposta Verbal
Consciente ao comando: 5
Resposta apropriada: 4
Resposta ao Exame: 3
Sua Incontinência: 2
Sem resposta Verbal: 1

TOTAL DE PONTOS ECG:

Resposta do paciente: Dado Motor: 1 Dado contínuo: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1

Resposta do paciente: Dado Motor: 1 Dado contínuo: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1

NATUREZA DA LESÃO

Resposta do paciente: Dado Motor: 1 Dado contínuo: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Resposta do paciente: Dado Motor: 1 Dado contínuo: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1

CONDUITA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Resposta do paciente: Dado Motor: 1 Dado contínuo: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

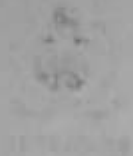
Resposta do paciente: Dado Motor: 1 Dado contínuo: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Resposta do paciente: Dado Motor: 1 Dado contínuo: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1

08 OUT 2019

Resposta do paciente: Dado Motor: 1 Dado contínuo: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1
Resposta: 1



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



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

Estelena da Silva

deu

entrada

REG

nº

nesta

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

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

Bezerros, 15 de 10 de 19.

Stéphanie Francine V. Souza
CORREIO 436.330
Gerente de Enfermagem

CARIMBO E ASSINATURA



RECEITUÁRIO

Luís Finkenzapfel

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

A mesma apresenta limitação funcional,
não estando apta para atividades
e suas atividades laborais.

07/02/2010


Francisco Antônio
Fisioterapeuta
Profissional

Prontuário: 346682

ORTHOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Principal / H₂A:

FAIRFAX COUNTY DEPARTMENT OF TRANSPORTATION
CONTRACT NO. 2010-001. WORK
ON THE ROAD AT ARLINGTON COUNTY

Nome Fisico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

RECIBO DA LUPAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO
COM XÁVIA BOYA

Diagn. Provisório:

Fratura luxaço Tornozelo (D)

TRABO NADOTOGUARA DE MANUA E
DO CONTROLE NUTRANGO COM A SA
NUTRAC

Introdução

Dieta: _____

Horário

[illegible]

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
08/07/2019 19:44		

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

Usuário da Internação
ROSANGELASSB



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Identificação do Paciente: Data Int.: 08/10/2019 19:44 Atendimento: 550457 N° AIH: _____
Nome: OLIVEIRA ESTELINA DA SILVA Prontuário: 346662
Data Nas.: 28/05/1972 Idade: 47 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião: _____
CPF: RG: 4650558 CNS: 708003864508428
Endereço: SÍTIO DOS REMÉDIOS N°: 0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: BEZERROS Estado: PE
CEP: 55600000 Fone: _____ Profissão: APOSENTADO
Nome da Mãe: ESTELINA SEVERINA DA SILVA
Nome do Conjuge: _____

Parentesco: RG: Fone: _____

2 - Internar Para _____

Clinica: ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: ORTOPIEDIA

Diagnóstico Inicial

Constante do Laudo Médico: _____ CID: _____

Procedimento Solicitado: _____ COD: _____

Procedimento Realizado: _____ COD: _____

Assessment Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesiista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo
----------------------------	---------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------------------	------------------------------

4 - Procedimentos Especiais

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

5 - História Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO 08/10/2019 19:44	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
--	--------------	------------------------

Solicitação de Diária de Acompanhante

Laudo Médico / Serviço Social

Nome do Paciente: Picera Estelita da Silva

Data de Nascimento: 28/08/1972 Registro: _____

Setor: Unidade Verde / atop. Leito: _____

Nome do Acompanhante: Servina de Lima Monteiro
Sítio Remédios Bezenos R. (81) 9380-4805 morador sobrinho

Justificativa Médica: _____

Maria Euália Leite Maciel

Enfermeira
Régina

Data: 09 / 10 / 19

Assinatura e Carimbo do Médico

☐

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

Justificativa Social: _____

Vilani de Jesus Santos Silva

Assistente Social

Data: 09 / 10 / 19

Assinatura e Carimbo da Assistente Social

Alba Lucila Moraes Silva
Assistente Social
CRESS 8170 - 4º Região

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

CELIA COSTA DA SILVA Registro Nº:

Idade:

67 ANOS

Leito Nº:

Data:

HORA:

EVOLUÇÃO

11/04/2015

2.º DIA DE INTERNAÇÃO

Tramite a consulta com o médico,

avaliando o estado clínico do paciente,

mostrando boa evolução com melhora do

trabalho cardíaco e renal com

melhora da função renal e

para a cirurgia

CASSIOPEIA COSTA

Assinatura do Médico
Assinatura do Enfermeiro



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

EVOLUÇÃO NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: Elcena Estelma DATA: 09 / 10 / 2019
SETOR: Unid LEITO: — REGISTRO: 346682
HD: FMID

DIETA PRESCRITA

DIETA ADMINISTRADA:

VIA: ORAL

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

VIA: ☐ SNE ☐ SNG ☐ SOG ☐ GTT

VAZÃO	FÓRMULA	INF. NUTRICIONAIS
☐ 20ML/H	☐ POLIMÉRICA ☐ SEM LACTOSE	KCAL: _____
☐ 30ML/H	☐ OLIGOMÉRICA ☐ SEM GLÚTEN	PTN: _____
☐ 40ML/H	☐ AA. LIVRE ☐ SIG	OBS: _____
☐ 50ML/H	☐ HIPERPROTEICA ☐ COM FIBRAS	
☐ 60ML/H	☐ HIPERCALÓRICA ☐ C. GLICÊMICO	
☐ 70ML/H	☐ NORMOCALÓRICA	
☐ 80ML/H	☐ NORMOPROTEICA	
☐ 90ML/H	☐ IMUNOMODULADORA	

ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS:

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

OBSERVAÇÕES: _____

Segue aos cuidados do serviço de nutrição e dietética.

[Assinatura]
Nutricionista
CRM- 17094

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

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

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

Classificação: POUCO URGENTE

VERDE

Queixa Principal: ATROPELAMENTO POR MOTO, APRESENTANDO SINAIS DE FRATURA EM MIO
 Exatidão: HAS- DM-
 Queixa: ALERGICA A DAPIRONA
 Queixa sintoma: FERIDAS
 Queixa(s): - INFLAMAÇÃO LOCAL?
 Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

Data Impressão: 08/10/2019 18:33

Plano de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

DECLARAÇÃO

Bezerros - PE, 12 de OUTUBRO de 2019.

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

Vanessa Andrade Lima
ENFERMEIRA
COREN/PE 509.692

Vanessa Andrade
Enfermeira
COREN/PE: 509.692



NOME:

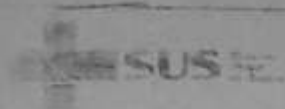
Alana Estelma dos Reis

LAUDO MÉDICO

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

Bezerros,

06, 02, 20



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

Identificação do Paciente

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

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

Município de residência BEZERROS	17 - Cod. IBGE município 2601904	18 - UF PE	19 - CEP 55660-000
-------------------------------------	-------------------------------------	---------------	-----------------------

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos
ptx c/ fratura malleolo direito, após trauma

Condições que justificam a internação
Q64 EF

Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)
Rx

Diagnóstico inicial FRATURA MALLEOLO D	24 - CID 10 Principais S82.9	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 causas associadas
---	---------------------------------	------------------	-------------------------------

Descrição do Procedimento Solicitado
Internamento

30 - Caracter de internação Vagante	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante
Nome do Profissional Solicitante Iron Alves	34 - Data da solicitação 10/10/19	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
Acidente de Trabalho Direto	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR
Acidente de Trabalho Indireto			
Acidente com a Previdência			
Enfermidade	() Empregador () Autônomo () Desempregado () Apoiado		

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
Documento CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional autorizador	
Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

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

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_05 - LEITO-04
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Registramento: 582812 Data: 10/10/2019 Hora: 15:43
Serviço: SES - ORTOPEDIA
Responsável: DR. IRON ALVES SILVA

Recepção: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matrícula: 708003864508428
Identidade:
Cartão SUS: 708003864508428

Idade: 33472 CICERA ESTELINA DA SILVA
Data de Nascimento: 28/08/1972 - 47 Anos e 1 Mês
Endereço: SÍTIO DOS REMÉDIOS, SN
ZONA RURAL
Cidade: 2801904 BEZERROS
Estado: MANOEL MONTEIRO DA SILVA
ESTELINA SEVERINA DA SILVA
País: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 86227928404
Identidade: 4650558 SSP PE
Telefone:
G. Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: BEZERROS

SENHA ORT 630745

Nome do Paciente

Iron Alves

ptx c/ fratura Moleto direito, após
trauma

Exame Físico:

RX

FRATURA MALEOLO D

Juliano

Tratamento:

Conteúdo Com Duplicatas
Original Remetido a Hospital Jesus Pequeno
Alma da Morte
Assistente Social
CRMSS/PE nº 4.471

Decorados: 10 de outubro de 2019

Paciente Necessita de Acompanhante

Juliana M. Silva
Acc

Assinatura e Carimbo do Médico Iron Alves
CRM-PE 3601