



Número: **0073140-35.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72383385	11/12/2020 11:12	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190654701

Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15148226

Pag. 00961/00962 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

---

**Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190654701**

**Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 16/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01945/01946 - carta\_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190654701

Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 31/07/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00911/00912 - carta\_09 - INVALIDEZ

00030456



Carta nº 15992534





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

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190654701

Vítima: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 16/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 26/08/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01069/01070 - carta\_09 - INVALIDEZ

00050535



Carta nº 16067772



## 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: 340.501.244-91 Nome completo da vítima: Nereu Antônio da Silva Santos

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

Nome completo: Nereu Antônio da Silva Santos Nº: 340.501.244-91

Profissão: Assistente Social Endereço: Av. Udo Negro Número: 2997 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Ouri Cidade: Bezerro Estado: CE CEP: 55.660.000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**RECEITA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 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)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 008.061 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima e do beneficiário, não a falsificar.

Local e Data: Bezerro 25.11.2019

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Antônia da Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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.



## 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: 340.501.244-91 Nome completo da vítima: Nereia Antonie da Silva Santos

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

Nome completo: Nereia Antonie da Silva Santos Nº: 340.501.244-91

Profissão: Administradora Endereço: Sítio Voador Negro Número: 2997 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Ouricuri Cidade: Bezerro Estado: PE CEP: 55.660.000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**RECEITA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 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)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 008.061 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Líder 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) ☐ Divorciado ☐ 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

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou do beneficiário: \_\_\_\_\_

Local e Data: Bezerro 25.11.2019

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO: Maria Antonie da Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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.



## 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: 340.501.244-91 Nome completo da vítima: Neves Antonio da Silva Santos

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

Nome completo: Neves Antonio da Silva Santos Nº: 340.501.244-91

Profissão: Assistente Social Cargo: União Negro Número: 2997 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Ouri Cidade: Bezerro Estado: PE CEP: 55.660.000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**RECEITA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 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)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 008.061 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou do beneficiário: \_\_\_\_\_ Local e Data: Bezerro 25.11.2019

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO: Maria Antônia da Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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.







20/11/2019 15:00

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 99ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -  
DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0180003238**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/11/2019 às  
15:19

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 16/6/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE PAU SANTO-ZONA RURAL -  
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 -  
Bairro: CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE)  
LEONEIDE MARIA DOS SANTOS (OUTRO)  
ROSEVALDO SEVERINO DA SILVA (OUTRO)  
MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que esta a disposição do(a) Sr(a):  
LEONEIDE MARIA DOS SANTOS



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

**MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
**MARIA MESSIAS DA SILVA** Pai: **NOEL ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: 15/5/1954  
Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 2006714/SDS/PE (RG).  
34000124491 (CPF) Estado Civil: **VIVO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Residencial: **SÍTIO VEADO MAGRO- ZONA RURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Próximo a: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -  
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

**LEONEIDE MARIA DOS SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
**MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS** Pai: **JOÃO LAURENTINO DOS SANTOS** Data da  
Nascimento: 24/5/1978 Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:  
7344667/SDS/PE (RG). 93590609425 (CPF) Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão:  
**AGRICULTOR(A)**  
Residencial: **SÍTIO VEADO MAGRO-ZONA RURAL - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Próximo a: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -  
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BO EPreview.html

ROSEVALDO SEVERINO DA SILVA (presente) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADA / PERNAMBUCO, BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ROSEVALDO SEVERINO DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): LEONEIDE MARIA DOS SANTOS  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA HONDA CB 600 FAN KS Objeto apreendido: NÃO  
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGH7891 (PERNAMBUCO/CARUARU) - Ano: 2012 Chassi: 9G2JC41T8DR103626  
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2013 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ENCONTRAVA-SE COMO PASSAGEIRA DO VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO, E QUE O MESMO ERA CONDUZIDO PELA PESSOA DE LEONEIDE MARIA DOS SANTOS, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEÍCULO A PASSAR PELA MESMA ESTA VEIO A SE ASSUSTAR PERDENDO O CONTROLE DE DIREÇÃO DO MESMO VINDO A DERRAPAR CHEGANDO A TOMBAREM JUNTAMENTE COM O VEÍCULO (MOTO), VINDO A VÍTIMA SOFRER FRATURA EXPOSTA DE PUNHO ESQUERDO, QUE FOI SOCORRIDA PELOS FAMILIARES E CONDUZIDA PARA UPA 24HORAS E APÓS REMOVIDA PARA O HRA-CARUARU ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO CIRURGICA.CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA.NÃO TENDO NADA MAIS A INFORMAR.

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

MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: DAVID LOPES DOS SANTOS JÚNIOR - Matrícula: 321026-8



## 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: 340.501.244-91 Nome completo da vítima: Nereu Antônio da Silva Santos

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

Nome completo: Nereu Antônio da Silva Santos Nº: 340.501.244-91

Profissão: Assistente Social Estado: SP Complemento: 2997

Bairro: Paulista Cidade: Bezerro Estado: CE CEP: 55.660.000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

**RECEITA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 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)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0051 CONTA: 008.061 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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 Líder 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

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou do beneficiário: \_\_\_\_\_

Local e Data: Bezerro 25.11.2019

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A ROGO: Maria Antônia da Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

(\*) 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.



PA: 150 x 100 mmHg  
Temp: — °C FR: — rpm  
FC: — bpm Peso: — kg  
HGT: — mg/dl SpO<sub>2</sub>: — %  
HORA: 11 : 39 hs.

ALERGIA: —



CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA RENDEIRAS

Ficha de Atendimento

PEDIATRIA ( )

CLÍNICO (X)

Nº DO PRONTUÁRIO: 2114

DATA: 16/05/19

HORA: 11:39

NOME CIVIL: Maria Antonia da Silva Santos

IDADE: 64a

NOME SOCIAL: —

DT.NASC: 19/09/54 SEXO: F ☒ M ☐

GÊNERO: HOMEM Cis ☐ MULHER Cis ☐ HOMEM TRANS ☐ MULHER TRANS ☐ TRAVESTI ☐ NÃO BINÁRIO ☐

ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL: HETEROSSEXUAL ☐ GAY ☐ LÉSBICA ☐ BISSEXUAL ☐ ASSEXUAL ☐ PANSEXUAL ☐

MÃE: Maria Mercedes da Silva

PAI: Abel Ailton do Silva

ENDEREÇO: Zlho Uado Negro

BAIRRO: Zlho Uado Negro

CIDADE: Olinda

CEP

FONE: 9403 6227

Nº DO CARTÃO SUS: 89803722253672

Nº DO DOC: RG. 2588714

HISTÓRICO DO PACIENTE:

h na nt an conta  
m MSE Am ma mto  
E m n

EXAME FÍSICO:

h na MSE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Comp MSE

CONDUTA:

2a MSE fub MSE

Dr. Felipe Marques  
Clínica Médica  
CRM: 18377

Assinatura e carimbo - Médico

CONDIÇÃO DE ALTA:

TIPO DE ALTA: ☐ DOMICÍLIO ☒ TRANSFERÊNCIA ☐ AMBULATÓRIO

Recepção  
RECEPCIONISTA  
Assinatura e carimbo

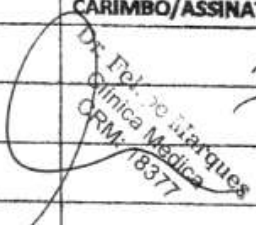
HORA DA LIBERAÇÃO:

Dr. Felipe Marques  
Clínica Médica  
CRM: 18377

Assinatura e carimbo - Médico

OBS: TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E COM LETRAS LEGÍVEIS, ASSINATURA E CARIMBO



MEDICAÇÃO PRESCRITA	ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO CARIMBO/ASSINATURA/HORA
1) Voltam 1m (to)	 Dr. Tel. de Azevedo Clínica Médica CRM 18377 12:20 432385
2) D5m 1m (to)	
3) 1m 1m	

#### ENFERMAGEM

HORA	SINAIS VITAIS								Assinatura e carimbo
P.A.									
TEMP									
F.C.									
F.R.									
HGT									
SpO <sub>2</sub>									

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# 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:	18/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000111061-6

---

---

Nr. da Autenticação 77D0251A60ACBAC7





ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RURAL BOAS NOVAS/BOAS NOVAS  
BEZERRAS PE  
55660-000

CONTRATO <b>4009851292</b>	MES/ANO <b>10/2019</b>
DATA DE VENCIMENTO <b>18/10/2019</b>	DATA DE VENCIMENTO PROXIMA PAGURA <b>12/11/2019</b>
TOTAL A PAGAR (R\$) <b>69,53</b>	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
080646190	UBL A	11/10/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
11/07/2019	2002830823	358455

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
	73,0000000	0,81288682	59,18
Consumo Alvo (NAP)			0,58
Acrescimo Bandeira AMARELA			2,77
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,13
Contrib. Ium. Publica Municipal			0,52
ICMS Susvenção (1) (R)-NF 072827774-09/09/19			1,16
Multa por atraso-NF 076703638-10/09/19			0,19
Multa por atraso-NF 076703608-10/09/19			2,00
Contribuição CERAPE- (061) 3722-8900			

TOTAL DA FATURA

TOTAL DA FATURA									
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO CAT	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
MED-04708		10-08-2019	14.286,90	11-10-2019	14.359,00	37	1,000000		72,00
conexão ao consumo									

LISTA DE RESERVAÇÃO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
DATA	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	RS	CS
OUT 19 73		ICMS	67,51	25,40	Tratamento	R\$ 2,17
SET 19 73		PIS	62,51	1,29	(Contribuição Celos)	R\$ 3,18
AGO 19 73		COFINS	62,51	5,95	Perdas de Energia	R\$ 4,18
JUL 19 74					Energias Sotolais	R\$ 3,10
JUN 19 71					Tributac	R\$ 20,12
MAL 19 68					Total	R\$ 42,61
ABR 19 55						
MAR 19 77						
FEV 19 95						
JAN 19 237						
DEZ 19 75						
NOV 19 64						
OUT 19 83						

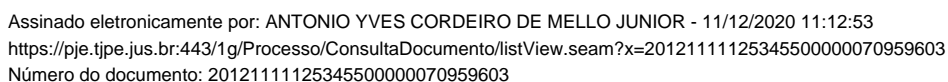
**INFORMAÇÕES GERAIS**

Prezado(a) cliente(a), este é o seu cartão de crédito. O cartão é emitido em nome do titular e serve para a compra de produtos e serviços em estabelecimentos credenciados. O cartão não pode ser usado para saques em caixas eletrônicos e não substitui o dinheiro em espécie. O cartão é válido por 36 meses a partir da data de emissão. O titular deve manter o cartão em bom estado e protegê-lo contra perda ou roubo. Em caso de perda ou roubo, o titular deve comunicar imediatamente ao Serviço ao Cliente para bloquear o cartão. O cartão é emitido em nome do titular e serve para a compra de produtos e serviços em estabelecimentos credenciados. O cartão não pode ser usado para saques em caixas eletrônicos e não substitui o dinheiro em espécie. O cartão é válido por 36 meses a partir da data de emissão. O titular deve manter o cartão em bom estado e protegê-lo contra perda ou roubo. Em caso de perda ou roubo, o titular deve comunicar imediatamente ao Serviço ao Cliente para bloquear o cartão.

Aut 7/REN SPT 3.3

As condições gerais de fornecimento (preços, prazo, 414/2020) e outros produtos, serviços e prestações estão disponíveis em 4ª edição, para consulta, em nossas unidades e no site [www.falcao.com.br](http://www.falcao.com.br).

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					NÍVEL DE TENSÃO	
CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
	0,00	11,30	22,81	49,22	220	
DAC	0,00	7,74	15,43	30,96		
FAC	0,00	8,19	0,00	0,00		
FIMC						



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rosevaldo Severino da Silva,  
RG nº 8247090, data de expedição 10/10/2017,  
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 110.096.154-24, com  
domicílio na cidade de Caruaru, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Vado Magro, nº SIN,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Maria Antonia da Silva Santos cujo o condutor era  
Leoneide Maria dos Santos.  
Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda CG 125 Fan KS  
Ano: 2012/2013  
Placa: PG H 7801  
Chassi: 9C2JC4310DR103026  
Data do Acidente: 16/05/2019  
Local e Data: Caruaru 20/11/2019



Rosevaldo Severino da Silva  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

**3º SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO** Bel **ORRIS TOJARRO**  
R. dos Expedicionários, 112 - Nossa Senhora dos Dores - Caruaru/PE - CEP: 55002-440 Fone: (81) 3722-4733 - Fax: (81) 3721-2118

Reconheço, por autenticidade, a firma de: **ROSEVALDO SEVERINO DA SILVA**. Em testemunho da verdade. Dou fé. Caruaru/PE, 20/11/2019 - 14:03:52.

Neide Maria dos Santos  
NEIDE MARIA DOS SANTOS (Substituta)

EMOLUMENTOS: R\$3,51, TSNR: R\$0,80, FERC: R\$0,40  
FUNSEG: R\$0,08, FERM: R\$0,04, ISS: R\$0,08  
TOTAL: R\$4,81. Operador: 32

Selo: 0073718 LVG11201901.05857

Consulte Autenticidade em 







PA: 150 x 100 mmHg  
Temp: — °C FR: — rpm  
FC: — bpm Peso: — kg  
HGT: — mg/dl SpO<sub>2</sub>: — %  
HORA: 11 : 39 h

ALERGIA: —



CARUARU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UPA RENDEIRAS

Ficha de Atendimento

PEDIATRIA ( )

CLÍNICO (X)

Nº DO PRONTUÁRIO: 2114

DATA: 16/05/19

HORA: 11:39

NOME CIVIL: Maria Antonia da Silva Santos

IDADE: 64a

NOME SOCIAL: —

DT. NASC: 19/09/54 SEXO: F ☒ M ☐

GÊNERO: HOMEM Cis ☐ MULHER Cis ☐ HOMEM TRANS ☐ MULHER TRANS ☐ TRAVESTI ☐ NÃO BINÁRIO ☐

ORIENTAÇÃO AFETIVA/SEXUAL: HETEROSEXUAL ☐ GAY ☐ LÉSBICA ☐ BISSEXUAL ☐ ASSEXUAL ☐ PANSEXUAL ☐

MÃE: Maria Mendes da Silva

PAI: Noel Apolônio da Silva

ENDEREÇO: Silva União Negro

BAIRRO: 2º Kup

CIDADE: Olinda

CEP

FONE: 9403 6327

Nº DO CARTÃO SUS: 84800372225367

Nº DO DOC: RG 2588714

HISTÓRICO DO PACIENTE:

h na nt an carter  
m MSE Am ma mto  
E m n

EXAME FÍSICO:

h na MSE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Carpi MSE

CONDUTA:

2a MSE pul MSE

Dr. De Marques  
Clínica Médica  
CRM 16377

Assinatura e carimbo - Médico

CONDIÇÃO DE ALTA:

TIPO DE ALTA: ☐ DOMICÍLIO ☒ TRANSFERÊNCIA

☐ AMBULATÓRIO

HORA DA LIBERAÇÃO: —

Recepcionista

RECEPCIONISTA

Assinatura e carimbo

Dr. Felipe Marques  
Clínica Médica  
CRM 18377

Assinatura e carimbo - Médico

OBS: TODOS OS DADOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E COM LETRAS LEGÍVEIS, ASSINATURA E CARIMBO





Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## ANAMNESE

Paciente: **MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS**

Atendimento: 01237796

Nome Social:

Data Nascimento: 19/09/1954

Idade: 64 Anos, 7 Meses e 27 Dias

Prontuário: 00177051

Sexo: Feminino

Senha N.º: **P0125**

Data e Hora: 16/05/2019 13:49h

### CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE COM RELATO DE DOR EM PUNHO ESQ APOS QUEDA DE MOTO HJ  
Alergia:

Observação: DOC CARTAO DO SUS  
DESCONHEC ALERGIAS HAS E DM

### AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 138 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 75 MMHG

Freq. Cardíaca: FC: 85 BPM

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

### QPD / HDA:

QUEDA COM TRAUMA EM PUNHO ESQ COM FERIMENTO

### Exame Físico:

DOR IMPOT FUN FERIMENTO LACEROCONTUSO

### Exames complementares:

VER RX

### HD:

FRATURA EXPOSTA DE PUNHO ESQ

### Conduta:

ORIENTAÇÃO GERAL CURATIVO TALA HRA

### Evolução:

Ass. do Médico

Dr(a): **NILTON PEREIRA DE BARROS**  
CRM - 10660

Dr. Nilton Pereira de Barros  
Ortopedia  
CRM: 10660

Av. José Marques Furtado, S/N  
Barro, Igarapé - Cidades: Caxari - UPE - CEP: 53225-330



Redução

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 509667 Prontuário: 338728

Nome: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS  
Data Nasc.: 19/09/1954 Idade: 64 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:  
CPF: 34050124491 RG: 2588714 CNS: 898003722253677  
Endereço: SÍTIO VIADO MAGRO Nº: 0  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CARUARU Estado: PE  
CEP: 5502002 Fone: 97726327 Profissão: APOSENTADO  
Nome da Mãe: MARIA MESSIAS DA SILVA  
Acompanhante:  
Motivo do Atendimento: QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA  
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 16/05/2019 16:32 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Trauma com lesão  
de queda do próprio altura  
com dor com ponto*

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

*Fratura de rádio distal  
e ulna  
manuseio e fixação  
com B.O. Uniciclo*

Prescrição:

Dieta:

Data	Horário
<i>01/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>02/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>03/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>04/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>05/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>06/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>07/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>08/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>09/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>10/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>11/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>12/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>13/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>14/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>15/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>16/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>17/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>18/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>19/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>20/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>21/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>22/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>23/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>24/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>25/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>26/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>27/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>28/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>29/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>30/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>31/05/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>01/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>02/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>03/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>04/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>05/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>06/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>07/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>08/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>09/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>10/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>11/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>12/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>13/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>14/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>15/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>16/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>17/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>18/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>19/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>20/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>21/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>22/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>23/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>24/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>25/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>26/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>27/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>28/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>29/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>30/06/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>01/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>02/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>03/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>04/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>05/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>06/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>07/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>08/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>09/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>10/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>11/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>12/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>13/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>14/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>15/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>16/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>17/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>18/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>19/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>20/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>21/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>22/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>23/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>24/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>25/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>26/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>27/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>28/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>29/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>30/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>31/07/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>01/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>02/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>03/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>04/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>05/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>06/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>07/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>08/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>09/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>10/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>11/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>12/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>13/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>14/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>15/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>16/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>17/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>18/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>19/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>20/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>21/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>22/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>23/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>24/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>25/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>26/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>27/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>28/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>29/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>30/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>31/08/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>01/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>02/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>03/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>04/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>05/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>06/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>07/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>08/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>09/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>10/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>11/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>12/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>13/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>14/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>15/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>16/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>17/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>18/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>19/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>20/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>21/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>22/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>23/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>24/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>25/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>26/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>27/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>28/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>29/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>30/09/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>01/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>02/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>03/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>04/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>05/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>06/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>07/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>08/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>09/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>10/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>11/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>12/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>13/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>14/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>15/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>16/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>17/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>18/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>19/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>20/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>21/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>22/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>23/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>24/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>25/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>26/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>27/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>28/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>29/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>30/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>31/10/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>01/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>02/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>03/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>04/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>05/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>06/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>07/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>08/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>09/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>10/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>11/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>12/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>13/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>14/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>15/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>16/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>17/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>18/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>19/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>20/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>21/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>22/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>23/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>24/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>25/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>26/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>27/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>28/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>29/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>30/11/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>01/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>02/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>03/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>04/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>05/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>06/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>07/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>08/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>09/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>10/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>11/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>12/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>13/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>14/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>15/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>16/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>17/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>18/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>19/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>20/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>21/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>22/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>23/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>24/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>25/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>26/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>27/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>28/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>29/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>30/12/2019</i>	<i>16:32</i>
<i>31/12/2019</i>	<i>16:32</i>

Jackson José Florêncio  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM - PE 15.975  
TEC



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Maria Antônia Silva

Nº do Registro: 338728

Clínica: Ginecologia

Nº do Leito

Operador: Wilson Gomes de Lima

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

f. exposto por lesão E

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

H. cirurgia exposto por lesão E + f. exposto por lesão

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) P. de DDH

2) cirurgia a céu aberto

3) exposição do corpo do feto

4) amputação do feto a/ laparotomia SF 5/6. Amputação

5) amputação do corpo do feto

6) colocação do feto de cabeça a/ região

7) curativo





## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

N° Registro:

Clínica: ORTOPEdia

N° do leito:

Operador: DR FELIPE CARVALHO

1º Assistente: DRA SÉVLLA LORENA

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: BLOQUEIO

Duração:

Data da Operação: 31/05/2019

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE RADIO DISTAL E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: REDUÇÃO INCRUENTA + PINAGEM COM FIO K 2.0 MM

Operação Realizada: A MESMA

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH + ANESTESIA
2. ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3. REDUÇÃO INCRUENTA + ESTABILIZAÇÃO COM FIO DE K 2.0 EM RÁDIO SOB FLUOROSCOPIA
4. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Dr. Sévlla Lorena  
Médica Residente de  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 26199



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a

Nº Registro: 338.728

DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 08

## EVOLUÇÃO MÉDICA

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL ESQUERDA**#MECANISMO:** PACIENTE REFERE QUEDA DA MOTO (PARADA), COM O CORPO CAINDO SOBRE A MÃO, COM A REGIÃO PALMAR ESQ VOLTADA PARA O CHÃO.**#MED:** VANCOMICINA 1G 12/12H EV (DO 20/05/19).**#EVOLUÇÃO:** PACIENTE SEGUE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. SEM QUEIXAS ALGICAS. DIURESE PRESENTE E CONSTIPAÇÃO HÁ 6D.**#PRÉ-OP:** PAR CARD 20/05: APTA P/ CIRURGIA, RISCO HABITUAL - LAB 20/05/19: HB 12 HT 36,2 // LEUCO 7110 // PLT 232000 // GJ 83 // U 44 CR 0,5 // NA 136 K 4,1 CL 105 // TAP 13,7 INR 1,03 .**CD: 1. DEIXO ÓLEO MINERAL E DIETA LAXATIVA.**

DATA 22/05/2019

CARIMBO + CREMEPE: 

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a

Nº Registro: 338.728

DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 08

## EVOLUÇÃO MÉDICA

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL ESQUERDA**#MECANISMO:** PACIENTE REFERE QUEDA DA MOTO (PARADA), COM O CORPO CAINDO SOBRE A MÃO, COM A REGIÃO PALMAR ESQ VOLTADA PARA O CHÃO.**#MED:** VANCOMICINA 1G 12/12H EV (DO 20/05/19).**#EVOLUÇÃO:** PACIENTE SEGUE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. SEM QUEIXAS ALGICAS. DIURESE PRESENTE E CONSTIPAÇÃO HÁ 7D + FLATOS +.**#PRÉ-OP:** PAR CARD 20/05: APTA P/ CIRURGIA, RISCO HABITUAL - LAB 20/05/19: HB 12 HT 36,2 // LEUCO 7110 // PLT 232000 // GJ 83 // U 44 CR 0,5 // NA 136 K 4,1 CL 105 // TAP 13,7 INR 1,03 .**CD: 1. AVALIAR POR NO MAPA**

DATA 23/05/2019

CARIMBO + CREMEPE: 

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a

Nº Registro: 338.728

DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 08

## EVOLUÇÃO MÉDICA

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL ESQUERDA

#HDA: PACIENTE REFERE QUEDA DA MOTO (PARADA), COM O CORPO CAINDO SOBRE A MÃO, COM A REGIÃO PALMAR ESQ VOLTADA PARA O CHÃO.

#AP: NEGA ALERGIAS, HAS OU DM.

#MED: SINTOMÁTICOS.

#EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. COM QUEIXAS DE DOR ESPORADICA EM SITIO DE FX. DIURESE PRESENTE E CONSTIPAÇÃO HÁ 4D.

#PENDENCIAS: AGUARDA PROGRAMAÇÃO CX E FALTA PRE-OP. PACIENTE REALIZOU CIRURGIA DE FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR DE COLLES, NO DIA 16, NESTE SERVIÇO; CONTUDO NÃO ENCONTRO A RADIOGRAFIA PRÉ-OP DA LESÃO, APENAS ENCONTRO A RX CONTROLE.

CD: 1. DEIXO TRAMAL FIXO

2. SOLICITO EXAMES LAB E PARECER DA CARDIO.

3. INICIO ATB COM VANCOMICINA 1G EV 12/12H

DATA 20/05/2019

CARIMBO + CREMEPE: \_\_\_\_\_

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: MARIA ANTONIA SILVA, 64a

Nº Registro: 338.728

DATA DE INTERNAÇÃO: 16/05/19

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 08

## EVOLUÇÃO MÉDICA

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** FRATURA EXPOSTA DE RADIO DISTAL ESQUERDA

#MECANISMO: PACIENTE REFERE QUEDA DA MOTO (PARADA), COM O CORPO CAINDO SOBRE A MÃO, COM A REGIÃO PALMAR ESQ VOLTADA PARA O CHÃO.

#MED: VANCOMICINA 1G 12/12H EV (DO 20/05/19).

#EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. SEM QUEIXAS ALGICAS. DIURESE PRESENTE E CONSTIPAÇÃO HÁ 5D.

CD: 1. AGUARDA EXAMES E PARECER DA CARDIO.

DATA 21/05/2019

CARIMBO + CREMEPE: \_\_\_\_\_



# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

L.08

### RESUMO DE ALTA

Nome: Maria Antônia da Silva

Prontuário: 338728

LOS

Data: 16 / 05 / 19

Hora: 18:23

#### DIAGNÓSTICO:

Fratura de rádio distal esquerda

#### AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta hospitalar da ortopedia sob orientação do Dr. Marcelo

Capela. Retorno ao ambulatório com 15 dias.

25.06.19 às 13:00 - Dr. Jefferson Calume às 13h00

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Redução incruenta + estabilização com fio K 2.0 em rádio

sob fluoroscopia

Alta Hospitalar: Data: 01 / 06 / 19

Hora:

Marcos Gonçalves  
Médico Residente  
Ortopedia / Traumatologia  
R.M.P.C. 25760

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo







Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## RECEITUÁRIO MÉDICO

**Nome do Paciente: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS**

**Nome Social:**

USO ORAL

1- CEFALLEXINA 500MG -----28 COMP

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6 EM 6 HORAS DURANTE 7 DIAS

Caruaru, 09 DE JUNHO DE 2019

Felipe Diego Viana de Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-BA 30.912

Ass. e carimbo do Médico  
Dr.(a): **FELIPE DIEGO VIANA PEREIRA DE CARVALHO**  
CRM - 25263

Av. José Marques Fontes, S/N  
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:12:53  
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111125345500000070959603>  
Número do documento: 2012111125345500000070959603

Num. 72383385 - Pág. 24



Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### Identificação do Emitente

Nome Completo: FELIPE DIEGO VIANA PEREIRA DE CARVALHO

CRM - 25263 UF: PE

Endereço: Avenida José Marques Fontes, S/N, Bairro: Indianópolis - CEP: 55026-530

Cidade: Caruaru/PE

Telefone: UF: PE

1.ª VIA FARMÁCIA

2.ª VIA PACIENTE

**Paciente: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS**

**Nome Social:**

Endereço: SÍTIO VIADO MAGRO, 1 - Bairro: AREA RURAL DE CARUARU - Cidade: CARUARU/PE - CEP.: 55099899

Prescrição: USO ORAL

1- PACO 30MG ----- 01 CX

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 8 EM 8 HORAS SE DOR FORTE

Caruaru, 09 DE JUNHO DE 2019

Ass. e carimbo do Médico

Dr.(a): **FELIPE DIEGO VIANA PEREIRA DE CARVALHO**  
CRM - 25263

### Identificação do Comprador

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Or Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

### Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Av. José Marques Fontes, S/N  
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP.: 55026-530



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/12/2020 11:12:53  
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111125345500000070959603>  
Número do documento: 20121111125345500000070959603

Num. 72383385 - Pág. 25



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

CNPJ Nº 10.572.048/0014-42  
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000  
Fone: (81) 3701-1506 (ambatório) ou (81) 3719-9400

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: \_\_\_\_\_

CRM Nº \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Endereço Completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Prescrição: *10 unidades de 8166*

*10 unidades de 8166*

*10 unidades de 8166*

*10 unidades de 8166*

Data: *01/06/14*

Dr. Marcos Gonçalves  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 126.760

Carimbo e Assinatura do Médico

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_

End. Completo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_



Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco - SES/ SUS / PE  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
RECEITUÁRIO  
Unidade: U-2  
Nome: Antônio d.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.588.714 17/01/2017

<< MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS >>

<< NOEL ANTONIO DA SILVA >>

<< MARIA MESSIAS DA SILVA >>

NACIONALIDADE: BEZERRAS - PE DATA DE NASCIMENTO: 19/09/1954

<< CC.0191 LB.07 F.220 CAPT. SAPUCARANA, BEZERRAS-PE 08.10.1978 >>

340.501.244-91

1017026073101103/54 7.57100 F-74 75.089 - 4313

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-5

MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

Maria Antonia da S. Santos

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

CAMPO DO AGENTE RECEPTOR

5 7 31-1

28 105 181

BRADESCO

L 44000/2381

APROVADO PELA INSTRUÇÃO NORMATIVA DO SR 13586

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

C/C

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF: 340501244-91

NOME DO CONTRIBUÍDO: MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS

VALIDO ATÉ 340 DIAS A CONTAR DA DATA DE CAMPO DO AGENTE RECEPTOR

NASCIMENTO: 10.09.54

ASSINATURA DO CONTRIBUÍDO: Maria Antonia da Silva Santos

FORA VALIDOS SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DA CARTERA DE IDENTIDADE



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190654701 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA ANTONIA DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 16/05/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE PUNHO ESQUERDO. P2.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA MÉDICA. P4. P5,8.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



RECEITUÁRIO

Unidade: 2

Nome: Antônio de

Registro Nº 5.123456789

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermia: \_\_\_\_\_

Prescrição de  
uso 16/5/2018  
Furot - 100mg  
opressão de  
Ata an

20/11/2018

Atílio Ferreira de Barros  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 10660

20/11/2018

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Medico - CRM: \_\_\_\_\_

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício  
Eliada Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

