



Número: **0160915-20.2022.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/11/2022**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CICERA ESTELINA DA SILVA (AUTOR)	CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12567 0833	10/02/2023 13:52	ANEXO 3	Outros (Documento)

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

BILHETE PAGO EM: 23/01/2020

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

Rio de Janeiro, 4 de Maio de 2020



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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 10/02/2023 13:52:52





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E4143000767

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

01 - AUTOR (AGENTE)
JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO (OUTRO)
CICERA ESTELINA DA SILVA (VÍTIMA)

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: **LANDER MONTEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/8/1972** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4650558/SSP/PE (RG), 88227928404 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **BAIRRO DE SÍTIO DOS REMEDIOS, 01, S/N - CEP: 0 - Bairro: SÍTIO DOS REMEDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Nome de Afetado: **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)**



Placa: KJ8550 (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: 550256784 Chassi: 9C2HB0210DR434951
Ano/Modelo: 2013/2013 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

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

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

Cicera Estelina da Silva

CICERA ESTELINA DA SILVA

(VITIMA)

Jose Maciel da Silva Monteiro

JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO

(OUTRO)

Car. registrado por: CICERO ABILIO DE ALMEIDA - Matricula: 1581678





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do veículo ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 730.239.284-04 4 - Nome completo da vítima: Lucia Estelina da Silva

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUGEP Nº 441/2013

5 - Nome completo: Lucia Estelina da Silva 6 - CPF: 730.239.284-04
7 - Endereço: 2 dos remédios 9 - Número: 57A 10 - Complemento: _____
12 - Cidade: Belem 13 - Estado: PA 14 - CEP: 66000-000
16 - Tri. (DDD): 51

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declara: para todas as fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECURSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 4043 CONTA: 01-038688

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 o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Gestor Preterito 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 resíduo (em bens)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Faço presente 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 possível sanção criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 11 | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 21 | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Belem 15/05/2020

Lucia Estelina da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (obrigatório)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200183035

Vítima: CICERA ESTELINA DA SILVA

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERA ESTELINA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15794380

Pag. 00635/00636 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200183035

Vítima: CICERA ESTELINA DA SILVA

Data do Acidente: 07/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERA ESTELINA DA SILVA

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

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

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

Recebedor: **CICERA ESTELINA DA SILVA**

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

Banco: **033**

Agência: **000004045**

Conta: **000001038688-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

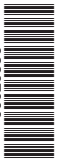
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01177/01178 - carta_15R - INVALIDEZ

00020589



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERA ESTELINA DA SILVA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04045

CONTA: 000001038688-9

Nr. da Autenticação F0489380372F2311



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 5/8/19 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0142782/20

Vítima: CICERA ESTELINA DA SILVA

CPF: 882.279.284-04

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

Data do acidente: 07/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERA ESTELINA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERA ESTELINA DA SILVA : 882.279.284-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:	REGISTRO: 905
DATA: 07/10/19		HORA: 16:14	TELEFONE: 378
NOME: <i>Patricia da Silva</i>		IDADE:	
NOME DA MÃE: <i>Patricia da Silva</i>			

CIDADE: <i>Bezerras</i>	BAIRRO: <i>Bezerras</i>			
SINAIS VITAIS				
PA: <i>70/70</i> mmHg	HGT: _____ mg/dL	T ₃ : _____ °C	PESO: _____ kg	Téc. Enfermagem: <i>[Assinatura]</i>

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata
CLASSIFICAR COMO VERMELHO

- O Apnéia O Cianose O Estridor O FC <50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 lrpm
- O Emergências frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorose
- O PAS <80 ou >200mmHg O PAD <40 ou >130mmHg HGT <40 ou >300mg/dL O Cansadela no momento
- O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
- O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

Sinais de emergência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

- O Traumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS <90 ou >180mmHg O PAD <50 ou >110mmHg sem sintomas
- O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambular
- O Tórax pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
- O Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% O Vítila de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
- O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
- O Dor Abdominal intensa O Dor torácica intensa O Malária O Hemofilia O Cateterismo O Rinite

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

- O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
- O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
- O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
- 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

- O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
- O Troca de curativos ou retiradas de pontos
- O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
- O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
- O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

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

Alergias: () NÃO () SIM

ENCAMINHADO: _____

Assinatura da Enfermeira e CARI _____

ORIENTAÇÕES: _____

Assinatura da Assistência Social _____



INFORMAÇÃO DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, a

REGISTRO

Exame de Urina e Sangue em laboratório

VOLTAREM 1 AMP. *EM*

DEXAMETASONA 1 AMP. *EM*

DICIORINA 1 AMP. *EM*

End Ry, etc, etc

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

[Signature]
Médico - CREMEPE





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



708 0038 6450 8428

HORA: _____ TELEFONE: _____
 NOME DA AIAF: _____ IDADE: _____
 DATA DE NASCIMENTO: _____ ACOMPANHANTE: _____
 BAIRRO: _____ Nº: _____

20.80 mmHg HGT: / mg/dL T: / °C PESO: 6+ kg
 Téc. Enfermagem/CORINA

258395

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

1- Sinais de Emergência imediata

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

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

CLASSIFICAR COMO AMARELO

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

CLASSIFICAR COMO VERDE

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

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

CLASSIFICAR COMO AZUL

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

CLASSIFICACAO

Amarelo _____
 Verde _____
 Azul _____
 Assinado em HD

Alergias: () NÃO (X) SIM, a

ASSINADO: _____
 Assinatura da Enfermeira e Carimbo

OPORTUNIDADES: _____
 e Carimbo



TIPO DE ATENDIMENTO	Alergias: () NÃO () SIM, à	REGISTRO
---------------------	------------------------------	----------

~~HECOTENACA POR METO ENTE U~~
~~20022A + UNOAO DE PORNOSHO~~
 PULCO HEMUL E UNOAO
 DE SUO.

CONDUTA / REAVALIACAO / CONDUTA MEDICACAO

2) ~~...~~
 2) ENCAO MRA

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
<input checked="" type="checkbox"/> Consulta simples	<input checked="" type="checkbox"/> Melhora	Data: / /	SIM ()
<input type="checkbox"/> Consulta de observação	<input type="checkbox"/> Solicitação	Não	DIAS
<input type="checkbox"/> Consulta de caráter noturno	<input type="checkbox"/> Inscipiente		
	<input type="checkbox"/> Óbito		

Médico - CREMEPE





*Orbitária
HRA*

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidentes/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
 Situação da violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA *5788691*

Nome do Paciente: *Cícera Estelina da Silva* IDENTIFICAÇÃO *47205*

Sexo: Feminino Masculino Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Bezerros

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Localidade de Trabalho: Ônibus () Caminhão () Cargo de Passageiro () Motocicleta ()
 Meio de Transporte: Pedestre () Ciclista ()
 Atividade (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco de Frente () Uso de cinto: S () N ()
 Atividade: Motorista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
 Semi-Angustamento/Sobrecarga () Soterramento ()
 Queda de Altura Externa () Animal Peçonhento () Agente Causador: _____
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
 Queda: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
 Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
 Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipos _____ () Arma Branco/Tipos: _____
 Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Outros: _____
 Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

Principais Causas Clínicas: *Atropelamento por moto, apresentando*
fratura em metacarpo medial direito.

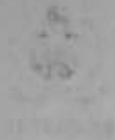
Principais Diagnósticos: *Fratura de metacarpo medial (D)*

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Circunferência Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: *120, 80*
 Vias Aéreas: FF: _____ Dispnéia S () N () Trigem Intraosteal S () N () Obstrução Vias Aéreas S () N ()
 Sinais Expiratórios: S () N () BAN: S () N () Deformidade do Tórax S () N () Gemido Expirat. S () N ()
 Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
 Atividade Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
 Perfusão Periférica: Boa () Lanfocada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
 Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
 Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
 Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 50-140 Crianças 90-110 Adulto 60-100
---	--





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

Estelina da Silva, REG n°
deu entrada 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.

Stephanie Franco V. Souza
CORDEIRO 436.330
Gerente de Enfermagem

CARIMBO E ASSINATURA





RECEITUÁRIO

Luís Fisioterapeuta

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

A mesma opõe limitações físicas, não estando capacitada para desenvolver
 as suas atividades laborais.

07/02/2020

Profissional



Cadastrado.

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

Usuario da Internação
ROSANGELASSB



550457

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 08/10/2019 19:44 Atendimento: 550457 N° AIH: _____
 Nome: CICEFA ESTELINA DA SILVA Prontuário: 346682
 Data Nasc.: 28/08/1972 Idade: 47 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião: _____
 RG: 4650558 CNS: 708003864508428 N°: 0
 Endereço: SÍTIO DOS REMÉDIOS Nº: 0
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: BEZERROS Estado: PE
 CEP: 55600000 Fone: _____ Profissão: APOSENTADO
 Nome da Mãe: ESTELINA SEVERINA DA SILVA
 Nome do Conjuge: _____
 RG: _____ Fone: _____

L-14
Onb
AE

2 - Internar Para
 Clínica: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA
 Unidade de Internação: SALA VERDE Leito: S VERDE 09
 Diagnóstico Inicial
 Contante do Laudo Médico): _____ CID: _____
 Procedimento Solicitado: _____ CÓD.: _____
 Procedimento Realizado: _____ CÓD.: _____

3 - Atendimento Médico

Med. 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

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

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





SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Identificação do Paciente: **CIGERA ESTELINA DA SILVA** Data Int.: 08/10/2019 19:44 Atendimento: 650357 N° AIH: _____

Data Nasc.: 28/05/1972 Idade: 47 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião: _____
 CPF: _____ RG: 4650558 CNS: 708003864508428

Endereço: SÍTIO DOS REMÉDIOS Nº: 0
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: BEZERROS Estado: PE

CEP: 5260000 Fone: _____ Profissão: APOSENTADO

Nome da Mãe: ESTELINA SEVERINA DA SILVA
 Nome do Conjuge: _____
 RG: _____ Fone: _____

2 - Internar Para

Clinica: ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA
 Unidade de Internação: ORTOPIEDIA Leito: ORTOPIEDIA 14

Diagnóstico Inicial
 Constante do Laudo Médico): _____ CID: _____

Procedimento Solicitado: _____ COD.: _____
 Procedimento Realizado: _____ COD.: _____

Atendimento 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

Historia Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

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



Solicitação de Diária de Acompanhante
Laudo Médico / Serviço Social

Nome do Paciente: Picara Estelita da Silva

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

Setor: Unidade Verde / atop. Leito: _____

Nome do Acompanhante: Serejina de Lourdes Monteiro
Sítio Remédios Seguros P. (81) 9880-4805 moradora sobrinha

Justificativa Médica: _____

Mano Eulalia Leite Marcel
Enfermeira
CRENS 14308

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 8176 - 4ª Região



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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Serviço de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente: CELIA CORTINA DA SILVA Registro Nº:

Sexo: FEMININA Leito Nº:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
------	------	----------

4/11/2023
A paciente apresenta processo
[TUMOR] na região da cabeça e pescoço,
cujas características foram descritas no exame
anterior por meio de laudo de
Tecnologia em Imagem com
[MÓDULO] e [CONDIÇÃO].
Pela clínica
[CONDIÇÃO]

Assinatura e Carimbo



HRA



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

EVOLUÇÃO NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: Elicenia Estelma DATA: 09/10/2019
SETOR: Unid LEITO: - REGISTRO: 346682
HD: FMI D.

DIETA PRESCRITA

DIETA ADMINISTRADA:

VIA: ORAL

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

VIA: SNE SNG SOG GTT

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

ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS:

VACUAÇÕES	VÔMITOS	DIURESE	SINTOMAS
<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> DISFAGIA
<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> DISTENÇÃO ABD.
<input type="checkbox"/> DIARREIA	<input type="checkbox"/> SNG ABERTA:		<input type="checkbox"/> DOR EPIGÁSTRICA
<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO	DÉBITO: _____		<input type="checkbox"/> ENJÓO
OBS: _____			<input type="checkbox"/> PIROSI

OBSERVAÇÕES:

Segue aos cuidados do serviço de nutrição e dietética.

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Nutricionista
CRNS - 17294



Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Unidade de Saúde: *CASA ESTELINA DA SILVA*

Nome do Paciente: *CICERA ESTRELA DA SILVA* Enfermeira:

Obs: Alargação a Diária

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO														
				TEMP.	DIURESE	SNG	PA	UREMIAS	TORÁCICA	DEFECIS	OUTR							
08/10/2019		1) <i>DIURETICO 4mg 1x 2x 3x</i>																
18/11		2) <i>DIURETICO 4mg 1x 2x 3x</i>																
		3) <i>DIURETICO 4mg 1x 2x 3x</i>																
		4) <i>DIURETICO 4mg 1x 2x 3x</i>																
		5) <i>DIURETICO 4mg 1x 2x 3x</i>																

Assinatura e Rubrica

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável



Atividade realizada em: 08/10/2019 18:31

Nome Paciente: CICERA ESTELINA DA SILVA
Cod. Paciente:
Data de Nascimento: 28/05/1972
Sexo: Feminino
Idade: 47
Senha: U0035
Convênio:
Atendimento:
SANE:

Intervalo: 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 MÍDIA
Exatidão: HAS- DM-
Evolução: ALERGICA A DAPIRONA
Sinais e sintomas: FERIDAS
Exatidão: - INFLAMAÇÃO LOCAL?
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

Data Impressão: 08/10/2019 18:33

Atividade realizada em: 08/10/2019 18:33

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





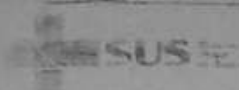
NOME: Clara Estelma de Jesus

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do bímbo do 1º dedo da mão direita CID-10: S92, 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		1	
Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO		2 - CNES 2344254	
Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO		4 - CNES 2344254	
Identificação do Paciente			
Nome do Paciente CICERA ESTELINA DA SILVA		6 - Número do Prontuário 33472	
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 709003884508428	8 - Data Nascimento 28/08/1972	9 - Sexo FEMININO <input checked="" type="checkbox"/>	10 - Raça/Cor 10.1 - Etnia
Nome da Mãe ESTELINA SEVERINA DA SILVA		12 - Telefone de Contato	
Nome Responsável		14 - Telefone de Contato	
Endereço (Logradouro nº complemento bairro) R TIO DOS REMEDIOS SN () - ZONA RURAL			
Município de residência BEZERROS	17 - Cód. IBGE município 2601904	18 - UF PE	19 - CEP 55660-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos
etc c/ fraturas múltiplas devido a queda

Condições que justificam a internação
QCA EF

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

Diagnóstico inicial FRATURA MALLEOLA D	24 - CID 10 Principais S82.9	25 - CID 10 Sec	26 - CID 10 Outras associações S82.9 + S82.0 + S82.1 + S82.2 + S82.3 + S82.4 + S82.5 + S82.6 + S82.7 + S82.8 + S82.9
Classificação do Procedimento Solicitado Internamento		26 - Código do procedimento 04.08.05.049.7	

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR
45 - Causa do acidente De Queda		
46 - Descrição do acidente De Queda		
47 - Descrição da lesão De Queda		

Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de Internação Hospitalar
48 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261910547013-5		
51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)			



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_06 - LEITO-04
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Admissão: 582812	Data: 10/10/2019	Hora: 15:43	Recepç.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Atendimento: SES - ORTOPEDIA			Matrícula: 708003864508428
Responsável: DR. IRON ALVES SILVA			Identidade: 708003864508428
Idade: 33472	CICERA ESTELINA DA SILVA	Sexo: FEMININO	Cor:
Admissão: 28/08/1972	- 47 Anos e 1 Mês	Est. Civil:	
Endereço: SÍTIO DOS REMÉDIOS, SN		C.P.F.: 86227928404	
ZONA RURAL		Identidade: 4850558	SSP PE
Cidade: 2601904 BEZERROS	CEP 55660-000	UF: PE	Telefone:
MANOEL MONTEIRO DA SILVA			G. Instrução:
ESTELINA SEVERINA DA SILVA			Ocupação:
BRASIL			Naturalidade: BEZERROS

SENHA ORT 630745

Nome do Paciente: Iron Alves

fratura malleolo direito, após trauma

Exame Físico: RX
FRATURA MALLEOLO D

Iron Alves

Conteúdo Com Validação
Original Brevêto de Patente
Hospital Jesus Pequeno
Alma J. Vitoria
Admissão Social
CRM/PE Nº 4.471

Gerados: 10 de outubro de 2019

Paciente Necessita de Acompanhante
Valéria Luciana M. Silva
Acc

Assinatura e Carimbo do Médico Iron Alves
CRM-PE 3601

