

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180479536 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIELE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 26/07/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 22/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM QUADRIL ESQUERDO.  
FRATURA DA FALANGE DISTAL DO HÁLUX ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS E PARAFUSOS PARA O HÁLUX.  
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA AS DEMAIS LESÕES.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM:** 5234194-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*Ivone S. Valice*

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ADRIELE DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180479536**

Vitima: **ADRIELE DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **26/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180479536**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13472383



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima <b>085.462.394-95</b>	Nome completo da vítima <b>Adrielle dos Santos Silva</b>
---------------------------	--	---

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>Adrielle dos Santos Silva</b>		CPF titular da conta <b>085.462.394-95</b>	Profissão <b>costur</b>
Endereço <b>Rua: Estrada da Luz</b>		Número <b>1067</b>	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>Santa Aldeia</b>	Cidade <b>Jaboatão dos Guararapes</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>54120-445</b>
Email <b>adrielle7989@hotmail.com</b>		Telefone (DDD) <b>(81) 98560-0176</b>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

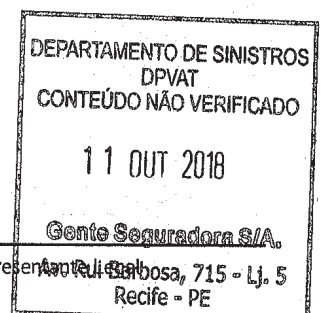
BANCO Nome		NRO	
<b>ITAU</b>		<b>344</b>	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<b>1632</b>	<input type="text"/>	<b>33764</b>	<b>9</b>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**Recife**, 11 de 10 de 2018  
Local e Data

**Adrielle dos Santos Silva**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal  
Antônio Carlos, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Adrielle dos Santos Silva

CPF da Vítima

085.462.394-95

Data do Acidente

26/07/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazos superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 OUT 2018

Com Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE  
superior a 90 (noventa) dias

Recife, 11 de 10 de 2018  
Local e Data

Adrielle dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# ITAÚ - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: ADRIELE DOS SANTOS SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01632

CONTA: 000000033164-9

---

Autenticação:

C4D021F9FCE8D7E10A1AA2563DA57D4C3994AF9480F5EE0F571DA883F35049F8



POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR



SAMU  
192

Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 007.08.2018  
EM: 17.08.2018

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 OUT 2018

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **ADRIELE DOS SANTOS SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **0031100091** MTE/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **085.462.394-95**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-506382**, que no dia 26 de julho de 2018, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo caminhão e moto, por volta das 9h40, na BR 232, nas imediações do CEASA, Jardim São Paulo, Recife/PE e, em seguida, direcionada ao Hospital Português. Recife, 17 de agosto de 2018.

  
**Dr. Sergio Parente Costa**  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife


  
**Carlos Eduardo Macedo**  
Gerente Operacional  
Administrativo Financeiro  
SAMU Metropolitano Recife  
Mat. 92548-9



**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DO 1º DISTRITO DO JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**  
Rua Alberto Barreto, 13 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - PE - Fones: (81) 3481-3939 / 3481-5266  
CEP: 54110-080 - Email: cartorio.jaboatosaesde@hotmail.com

**1º Distrito**

**AUTENTICAÇÃO**

Autentico a presente cópia reprográfica extraída desta serventia, que confere com o original. Dou fé.  
Jaboatão dos Guararapes, 08/10/2018. Em test.  da verdade,  
Adriana Maria de Lima Santana (Oficial)

Valor Total R\$ 4,09. Válido somente com o selo  
0075861.V0809201801.00141

Consulte autenticidade em [www.tre.org.br/serventiaoficial](http://www.tre.org.br/serventiaoficial).



REMETENTE

036106

INSS

AG DA P SOCIAL RECIFE - AFOGADOS

R JOAO CARLOS GUIMARAES, 147

AFOGADOS

RECIFE - PE

50770-150

☐ MUDOU-SE

☐ RECUSADO

☐ INFORMACAO ESCRITA PELO  
PORTEIRO/SINDICO

☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE

☐ NÃO PROCURADO

☐ NÃO EXISTE O NUMERO  
INDICADO

☐ AUSENTE

☐ DESCONHECIDO

☐ FALLECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM

EM

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



CORREIOS

035866



ADRIELE DOS SANTOS SILVA

DA LUZ DE 1000 AO FIM 1061

SANTO ALEIXO

JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

54120-445



5013196987417690000003586630130918

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 OUT 2018

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



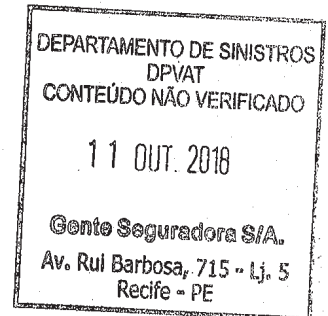
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FELIPE DOUGLAS DOS SANTOS,  
RG nº 7215455, data de expedição 10/02/2003  
Órgão SS, portador do CPF nº 07369982416, com  
domicílio na cidade de JABOATÃO DOS GUARARAPES, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA ESTRADA LUZ, nº 1061,  
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 ADRIELE DOS SANTOS SILVA, cujo o condutor era  
FELIPE DOUGLAS DOS SANTOS.

Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA CG 160 FAN ESDI 2017  
Ano: 2017  
Placa: PGX 9034  
Chassi: 9C2KC2200HR606874  
Data do Acidente: 26-07-2018  
Local e Data: BR-232 26-07-2018

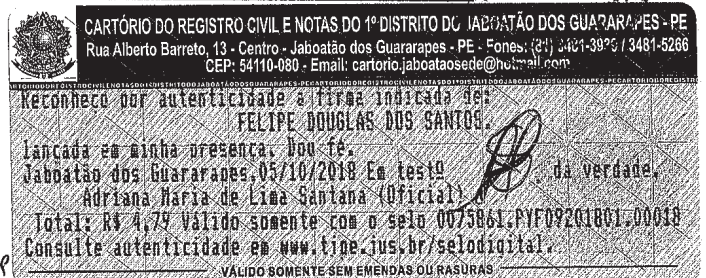
Assinatura do Declarante

Felipe Douglas dos Santos



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

Reconhecer por autenticidade





# REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PE

Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife/PE CEP: 52010-902  
CNPJ: 10.892.164-0001/24 - Telefone: 81 3416-1122 - contato@rhp.com.br

Nome: ADRIELE DOS SANTOS SILVA  
Unidade: REAL VIDA - EMERGENCIA  
Convênio: UNIMED RECIFE INTERC  
Data da Admissão: 26/07/2018 10:13  
Idade: 29 ano(s) Peso: , Altura: 0,0,m

Reg.: 1889078  
Leito: R.VIDA LEITO 02  
Matrícula: 08650001750358003  
Dias de int: 1 dia(s)

Data da Realização: 26/07/2018 - 10:22  
Laudo Revisado em: 26/07/2018 10:22:48 Por: 26330

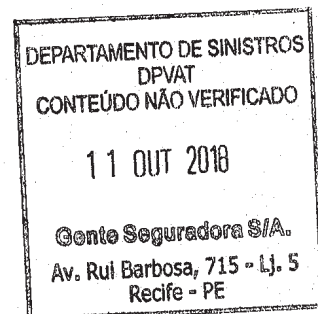
## ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM)

26/07/2018 10:22

**Queixa Principal:** PACIENTE NAO ATENDEU AO CHAMADO.

**Dor:** 0 Sem dor

417816 - NARA KELLY SANTOS DO NASCIMENTO



COREN 417816 - NARA KELLY SANTOS DO NASCIMENTO

  
NARA NASCIMENTO  
COREN 417816

# REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PE

Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife/PE CEP: 52010-902  
CNPJ: 10.892.164-0001/24 - Telefone: 81 3416-1122 - contato@rhp.com.br

Nome: ADRIELE DOS SANTOS SILVA  
Unidade: REAL VIDA - EMERGENCIA  
Convênio: UNIMED RECIFE INTERC  
Data da Admissão: 26/07/2018 10:13  
Idade: 29 ano(s) Peso: , Altura: 0,0,m

Reg.: 1889078  
Leito: R.VIDA LEITO 02  
Matrícula: 08650001750358003  
Dias de int: 1 dia(s)

Data da Realização: 26/07/2018 - 10:18  
Laudo Revisado em: 26/07/2018 10:30:40 Por: 21055

## ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM)

26/07/2018 10:18

**Queixa Principal:** RELATO DE COLISÃO CARRO/MOTO, CHEGA COM SAMU, EM PRANCHA E COLAR, NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADA, NEGA VÔMITO/SINCOPE NO MOMENTO DO EVENTO, APRESENTA DOR EM MIE E QUADRIL, ESCORIAÇÕES EM MSD.

**Sinais Vitais:** PA: 130 x 80 HGT: 102 FR: N Temp: n FC: 88 Sat: 98%

**Dor:** 1 a 3 Dor leve

**Alergia:** SIM **Qual(is):** PLASIL.

**Antecedentes Familiares:** Não

**Medicações em Uso:** Não

**Doenças Pré Existentes:** Não

**Paciente ciente do tempo de espera da realização e recebimento de exames:** Sim

**Paciente tem médico que o acompanhe:** Não

**Nome do(s) médico(s) assistente:** N

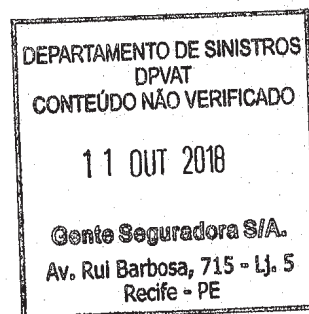
**Caso seja internado gostaria que ele fosse avisado:** Não

**Risco de Queda:** Sim

**Classificação de Risco:** Amarelo

**Especialidades:** Cirurgião Geral

10486 - CLAUDIA DA CONCEIÇÃO CAVALCANTI



COREN 10486 - CLAUDIA DA CONCEIÇÃO CAVALCANTI



REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO  
Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife - PE CEP: 52010-902  
CNPJ: 10.892.184/0001-24 - Telefone (081) 3416-1122

Prescrição Médica / Evolução Clínica

\*R1889078\*

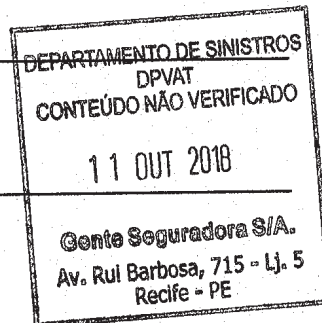
Paciente: ADRIELE DOS SANTOS SILVA  
Convênio: UNIMED RECIFE INTERC  
Unidade: REAL VIDA - EMERGENCIA  
Leito: -  
Admissão: 26/07/18 10:13  
Diag.:

Idade: 29 anos  
Reg.: 1889078  
Prontuário: 849325

26/07/2018 10:42	Solic. (Estoque): 118.1300167	Horários de Aplicação	17283
1) SORO FISIOLÓGICO 0,9% SIST FECHADO 500 ML Uso: 1 Frasco-ampola, Via Endovenosa, (No momento) Não especificado.		(1)	
2) NOVALGINA 1G AMP 2 ML Uso: 1 Ampola, Via Endovenosa, (No momento). diluído em CLORETO DE SÓDIO 0,9% AMP 10 ML.		(1)	

Dr(a).: TIAGO CAVALCANTI IWANAGA  
CRM: 17283

26/07/2018 12:48	Solic. (Estoque): 118.1300859	Horários de Aplicação	9842
3) ZOFRAN 8 MG AMP 4 ML Uso: 1 Ampola, Via Endovenosa, (No momento). diluído em SORO FISIOLÓGICO 0,9% SIST FECHADO 100 ML.		(1)	
4) NOVALGINA 1G AMP 2 ML Uso: 1 Ampola, Via Endovenosa, (No momento). diluído em CLORETO DE SÓDIO 0,9% AMP 10 ML.		(1)	
5) TRAMAL 100 MG AMP 2 ML Uso: 1 Ampola, Via Endovenosa, (No momento). diluído em 1 Fr-amp de SORO FISIOLÓGICO 0,9% SIST FECHADO 100 ML.		(1)	
6) CETOPROFENO SOL INJ IV 100 MG, 2 ML Uso: 1 Frasco-ampola, Via Endovenosa, (No momento) Não especificado. diluído em SORO FISIOLÓGICO 0,9% SIST FECHADO 100 ML.		(1)	



26/07/2018 16:46	Horários de Aplicação	9842
7) IMOBILIZAÇÃO ADESIVA (PARA FALANGES), (No momento) ENGLOBANDO HALUX E 2º POD ESQ	(1)	

9842

Exames Solicitados:

- 1) RX COTOVELO D (AP, PERFIL)
- 2) RX PE E (AP, OBLÍQUO)
- 3) TC ARTICULAÇÃO( EST/OMB/COT/PUN/SACR/COX (COTOVELO D, S/CONTRASTE)
- 4) TC ARTICULAÇÃO( EST/OMB/COT/PUN/SACR/COX (COXOFEMORAL D, S/CONTRASTE)





REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO

Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife - PE CEP: 52010-902

CNPJ: 10.892.164/0001-24 - Telefone (081) 3416-1122

Prescrição Médica / Evolução Clínica

\*R1889078\*

Paciente: ADRIELE DOS SANTOS SILVA

Idade: 29 anos

Convênio: UNIMED RECIFE INTERC

Reg.: 1889078

Prontuário: 849325

Unidade: REAL VIDA - EMERGENCIA

Leito: -

Admissão: 26/07/18 10:13

Diag.: -

5) TC ARTICULAÇÃO( EST/OMB/COT/PUN/SACR/COX (QUADRIL E, S/CONTRASTE)

9842

Dr(a).: LUIZ PEREZ DA COSTA NETO

CRM: 9842

EVOLUÇÃO (15/09/2018 00:00 a 20/09/2018 23:59)

Dr(a).:

CRM:



# REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PE

Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife/PE Cep: 52010-902  
CNPJ: 10.892.164-0001/24 - Telefone: 3416-1122 - contato@rhp.com.br

Reg.: 1889078 Nome: **ADRIELE DOS SANTOS SILVA**

Convênio: UNIMED RECIFE INTERC Data: 26/07/2018 10:13 REAL VIDA - EMERGENCIA

## CONSULTA DE EMERGÊNCIA

### **Queixa Principal/HDA:**

COLISAO MOTO X CARRO HÁ 40 MIN

SEM PERDA DE CONSCIENCIA, QUEIXA DE DORES DE FORTE INTENSIDADE EM COTOVELO DIREITO, PERNA ESQUERDA, E BACIA

SEM PERDA DE CONSCIENCIA, CEFALÉIA OU VOMITOS; REFERE USO DE CAPACETE }

### **Exame Físico:**

VA PÉRVIAS; COLAR CERVICAL IMOBILIZADO

MV + EM AHT S RA

RCR EM 2T BNF SS ; FC: 88 BPM

CGS: 15

ABD FLÁCIDO E INDOLOR

DOR A MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA EM PERNA ESQUERDA E COTOVELO DIREITO

**DOR:** Sim Intensidade: 5

### **NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO:**

Psicologia: Não

Assistente Social: Não

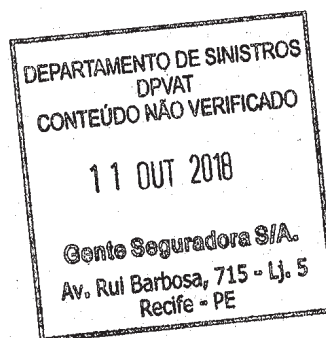
**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:** C40.2

POLITRAUMA

AV DA ORTOPEDIA

ANALGESIA

RX DO TRAUMA {



Dr. TIAGO CAVALCANTI IWANAGA - CRM 17283

# REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PE

Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife/PE CEP: 52010-902  
CNPJ: 10.892.164-0001/24 - Telefone: 81 3416-1122 - contato@rhp.com.br

Nome: ADRIELE DOS SANTOS SILVA  
Unidade: REAL VIDA - EMERGENCIA  
Convênio: UNIMED RECIFE INTERC  
Data da Admissão: 26/07/2018 10:13  
Idade: 29 ano(s) Peso: , Altura: 0,0,m

Reg.: 1889078  
Leito: R.VIDA LEITO 02  
Matrícula: 08650001750358003  
Dias de int: 1 dia(s)

Data da Realização: 26/07/2018 - 11:10  
Laudo Revisado em: 26/07/2018 11:11:46 Por: 22984

## ANOTAÇÃO ENFERMAGEM EMERGÊNCIA

- 1 - **PROCEDÊNCIA:** SAMU
- 2 - **SINAIS VITAIS:** T: N°c P: 88bpm R: 16rpm SPO2: 98 PA: 130x80 HGT: N
- 3 - **ESTADO INICIAL:** ESTÁVEL
- 4 - **ALERGIAS ?** SIM **QUAIS ?** PLASIL
- 5 - **QUEIXAS PRINCIPAIS:** PACTE MEDICADA CPM, USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA. PUNÇIONADA COM INTROCAN 20+ IV FIX EM MSE, SEGUE CCGG DA ENFERMAGEM.
- 6 - **EXAMES SOLICITADOS:** LAB: S **RADIOGRAFIA:** S
- 7 - **CONDUTA:** REPOUSO E OBSERVAÇÃO
- 8 - **DATA/HORA:** 11:05

491631-JOSENILDA MARIA RIBEIRO



COREN 491631 - JOSENILDA MARIA RIBEIRO

Josenilda Maria  
COREN - 491631



# REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PE

Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife/PE Cep: 52010-902  
CNPJ: 10.892.164-0001/24 - Telefone: 3416-1122 - contato@rhp.com.br

Reg.: 1889078 Nome: ADRIELE DOS SANTOS SILVA

Convênio: UNIMED RECIFE INTERC Data: 26/07/2018 10:40 REAL VIDA - EMERGENCIA

## CONSULTA DE EMERGÊNCIA

### **Queixa Principal/HDA:**

DOR NO QUADRIL ESQUERDO ,HALUX ESQUERDO E COTVOELO DIREITO + ESCORCIAOES NO COTOVELO DIREITO}

### **Exame Físico:**

ESCORCIAOES NO COTOVELO DIREITO E DOR A ROTAÇÃO DO QUADRIL ESQ E DOR NO HALUX ESQ

DOR: Sim Intensidade: 5

### **NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO:**

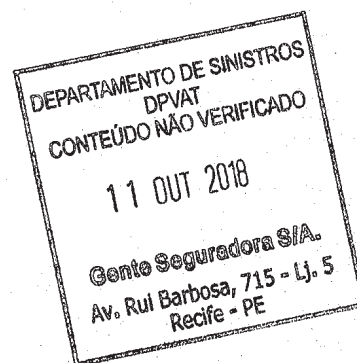
Psicologia: Não

Assistente Social: Não

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S70.0 S50.0

Solicitação de Exames: S

RX + TC {



Dr LUIZ PEREZ DA COSTA NETO

- CRM 9842

# REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PE

Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife/PE CEP: 52010-902  
CNPJ: 10.892.164-0001/24 - Telefone: 81 3416-1122 - contato@rhp.com.br

Nome: ADRIELE DOS SANTOS SILVA  
Unidade: REAL VIDA - EMERGENCIA  
Convênio: UNIMED RECIFE INTERC  
Data da Admissão: 26/07/2018 10:13  
Idade: 29 ano(s) Peso: , Altura: 0,0m

Reg.: 1889078  
Leito: R.VIDA LEITO 02  
Matrícula: 08650001750358003  
Dias de int: 1 dia(s)

Data da Realização: 26/07/2018 - 12:05  
Laudo Revisado em: 26/07/2018 12:09:19 Por: 21055

## SISTEMATIZAÇÃO ENFERMAGEM EMERGÊNCIA

### IDENTIFICAÇÃO

Procedência: Residência Assit Geral: Sim

### AValiação

Nível de Consciência

Entrada

Alerta: Sim

Reage Estímulos Verbais:

Reage á Dor:

Sem Reação:

Saída

Sim

Sim

Não

Acesso Venoso

VP: S MSD

Alergia: Sim

Dor - Escala de Visual Analógica

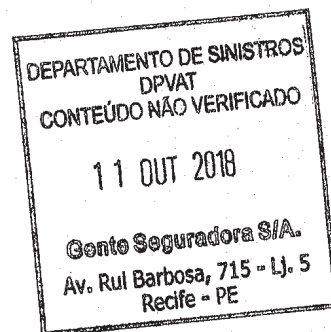
Entrada: 8, 9 e 10 Intensa

Eliminações

Diurese: Presente

Intestinais: Ausente Dificuldade de Marcha: S N N N N N N

Evolução Enfermagem: PACTE HD:ACIDENTE DE MOTO, AVALAIDA POR CG, MEDICADA CPM, REALIZOU EXAMES LAB(OK), RX(OK), SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CCGG DE ENF, AGUARDANDO PARA REALIZAR TC.



COREN 10486 - CLAUDIA DA CONCEIÇÃO CAVALCANTI

# REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PE

Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife/PE CEP: 52010-902  
CNPJ: 10.892.164-0001/24 - Telefone: 81 3416-1122 - contato@rhp.com.br

Nome: ADRIELE DOS SANTOS SILVA  
Unidade: REAL VIDA - EMERGENCIA  
Convênio: UNIMED RECIFE INTERC  
Data da Admissão: 26/07/2018 10:13  
Idade: 29 ano(s) Peso: , Altura: 0,0,m

Reg.: 1889078  
Leito: R.VIDA LEITO 02  
Matrícula: 08650001750358003  
Dias de int: 1 dia(s)

Data da Realização: 26/07/2018 - 12:52  
Laudo Revisado em: 26/07/2018 12:52:34 Por: CRM9842

## Reavaliação da Emergência

**ANAMNESE / EXAME FÍSICO:**  
RX SEM ALTERACOES

CONDUTA; mais medicação para dor e aguardando to

## **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**

CID (01) : S70.0

CID (02) : S50.0

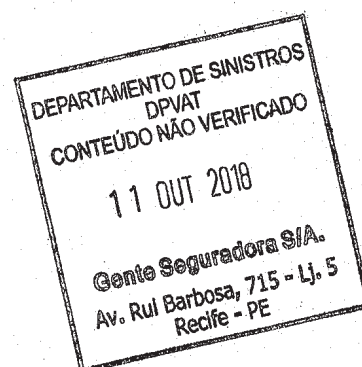
## **CONDUTA**

Saída: Alta

Hora da alta : 18:14

Realizado Orientações para Retorno? N

**OBS:** RX + TC



CRM 9842 - Dr LUIZ PEREZ DA COSTA NETO



# REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PE

Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife/PE CEP: 52010-902  
CNPJ: 10.892.164-0001/24 - Telefone: 81 3416-1122 - contato@rhp.com.br

Nome: ADRIELE DOS SANTOS SILVA  
Unidade: REAL VIDA - EMERGENCIA  
Convênio: UNIMED RECIFE INTERC  
Data da Admissão: 26/07/2018 10:13  
Idade: 29 ano(s) Peso: , Altura: 0,0,m

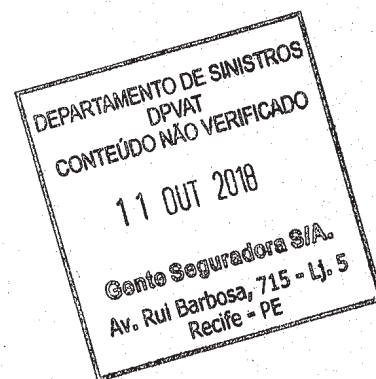
Reg.: 1889078  
Leito: R.VIDA LEITO 02  
Matrícula: 08650001750358003  
Dias de int: 1 dia(s)

Data da Realização: 26/07/2018 - 13:01  
Laudo Revisado em: 26/07/2018 13:05:26 Por: 24555

## ANOTAÇÃO ENFERMAGEM EMERGÊNCIA

- 1 - PROCEDÊNCIA: SAMU
- 2 - SINAIS VITAIS: T: 36,5°C P: 88bpm R: 16rpm SPO2: 98 PA: 130x80 HGT: N
- 3 - ESTADO INICIAL: ESTÁVEL
- 4 - ALERGIAS ? SIM QUAIS ? PLASIL
- 5 - QUEIXAS PRINCIPAIS: PACIENTE REMEDICADA CPM SEGUE EM OBS
- 6 - EXAMES SOLICITADOS: LAB: S RADIOGRAFIA: S
- 7 - CONDUTA: REPOUSO E OBSERVAÇÃO
- 8 - DATA/HORA: 13:02

1008718-MARCELO DE OLIVEIRA SANTANA



COREN 1008718 - MARCELO DE OLIVEIRA SANTANA

MARCELOSANTANA  
COREN - 1008718

# REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PE

Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife/PE CEP: 52010-902  
CNPJ: 10.892.164-0001/24 - Telefone: 81 3416-1122 - contato@rhp.com.br

Nome: ADRIELE DOS SANTOS SILVA  
Unidade: REAL VIDA - EMERGENCIA  
Convênio: UNIMED RECIFE INTERC  
Data da Admissão: 26/07/2018 10:13  
Idade: 29 ano(s) Peso: , Altura: 0,0,m

Reg.: 1889078  
Leito: R.VIDA LEITO 02  
Matrícula: 08650001750358003  
Dias de int: 1 dia(s)

Data da Realização: 26/07/2018 - 13:10  
Laudo Revisado em: 26/07/2018 13:11:03 Por: CRM14138

## Reavaliação da Emergência

**ANAMNESE / EXAME FÍSICO:**  
RX DE TÓRAX E CERVICAL NORMAIS

CD: ORIENTO RETIRADA DA PRANCHA  
ALTA DA CIRURGIA GERAL

## **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**

CID (01) : S70.0

CID (02) : S50.0

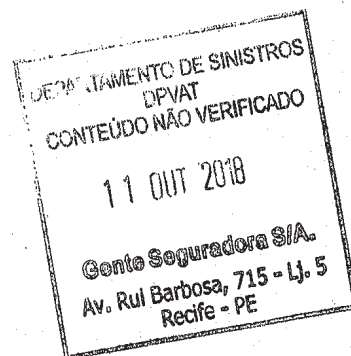
## **CONDUTA**

Saída: Alta

Hora da alta : 18:14

Realizado Orientações para Retorno? N

**OBS:** RX + TC



CRM 14138 - Dr. CESAR HENRIQUE ALVES LYRA

# REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PE

Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife/PE CEP: 52010-902  
CNPJ: 10.892.164-0001/24 - Telefone: 81 3416-1122 - contato@rhp.com.br

Nome: ADRIELE DOS SANTOS SILVA  
Unidade: REAL VIDA - EMERGENCIA  
Convênio: UNIMED RECIFE INTERC  
Data da Admissão: 26/07/2018 10:13  
Idade: 29 ano(s) Peso: , Altura: 0,0,m

Reg.: 1889078  
Leito: R.VIDA LEITO 02  
Matrícula: 08650001750358003  
Dias de int: 1 dia(s)

Data da Realização: 26/07/2018 - 13:32  
Laudo Revisado em: 26/07/2018 13:35:11 Por: 21055

## RESUMO DE TRANSFERÊNCIA

**Tranferência** - Intrahospitalar  
Setor origem - REAL VIDA  
Setor destino - TOMOGRAFIA  
Contato (Nome Completo) - ELIONAIDE  
Função - ENF DRT - 16196  
Hora da Saída - 23:50

**Motivo da Tranferência**  
Realização de Exames

### SSVV

PA - 110/7 FC - 64 FR - N TEMP - 36.1 °c SpO2 - 98%

### Diagnóstico

Constatação Significativa / Condições Clínicas  
PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL, DE ALTA DA CLINICA MEDICA PARA O PARECER DA GINECO

### Procedimentos Executados

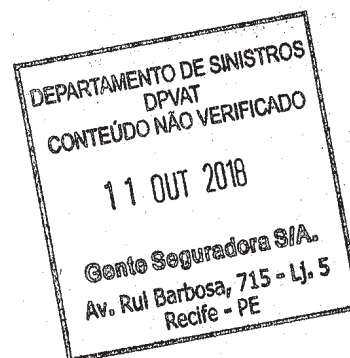
LAB,RX

Acesso Venoso Periférico S

Transferência com Médico - Não  
Transferência com Enfermeiro - Não  
Transferência com Técnico de Enf. - Não

Intercorrências Durante a Transferência  
Não

Responsável pela Transferência  
Nome Completo - CLAUDIA CAVALCANTI  
Função - ENF DRT - 21055 {



COREN 10486 - CLAUDIA DA CONCEIÇÃO CAVALCANTI



# REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PE

Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife/PE CEP: 52010-902  
CNPJ: 10.892.164-0001/24 - Telefone: 81 3416-1122 - contato@rhp.com.br

Nome: ADRIELE DOS SANTOS SILVA  
Unidade: REAL VIDA - EMERGENCIA  
Convênio: UNIMED RECIFE INTERC  
Data da Admissão: 26/07/2018 10:13  
Idade: 29 ano(s) Peso: , Altura: 0,0,m

Reg.: 1889078  
Leito: R.VIDA LEITO 02  
Matrícula: 08650001750358003  
Dias de int: 1 dia(s)

Data da Realização: 26/07/2018 - 16:42  
Laudo Revisado em: 26/07/2018 16:50:11 Por: CRM9842

## Reavaliação da Emergência

### ANAMNESE / EXAME FÍSICO:

TC E RX SEM ALTERACOES ,EXCETO O RX DO PE QUE MOSTRA FRATURA ARTICULAR DA FALANGE DISTAL DO HALUX ESQUERDO

CONDUTA: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DO HALUX + IMOB COM ADESIVO  
RETORNO PROXIMA SEMANA NO CTO PARA O GRUPO DE PE  
ALTA

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CID (01) : S70.0

CID (02) : S50.0

### CONDUTA

Saída: Alta

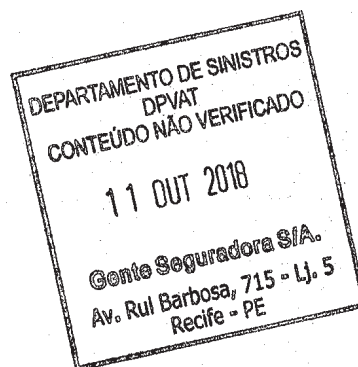
Hora da alta : 18:14

Motivo Alta: Médica

Realizado Orientações para Retorno? Sim

Encaminhado para Ambulatório Especialista ? Sim

OBS: RX + TC


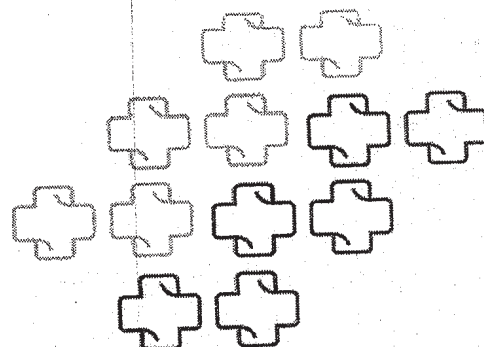
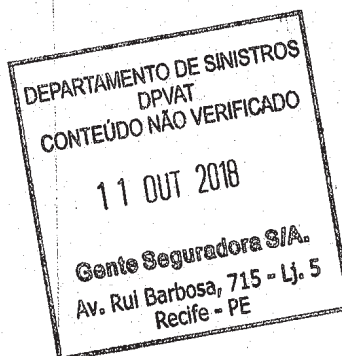


CRM 9842 - Dr LUIZ PEREZ DA COSTA NETO

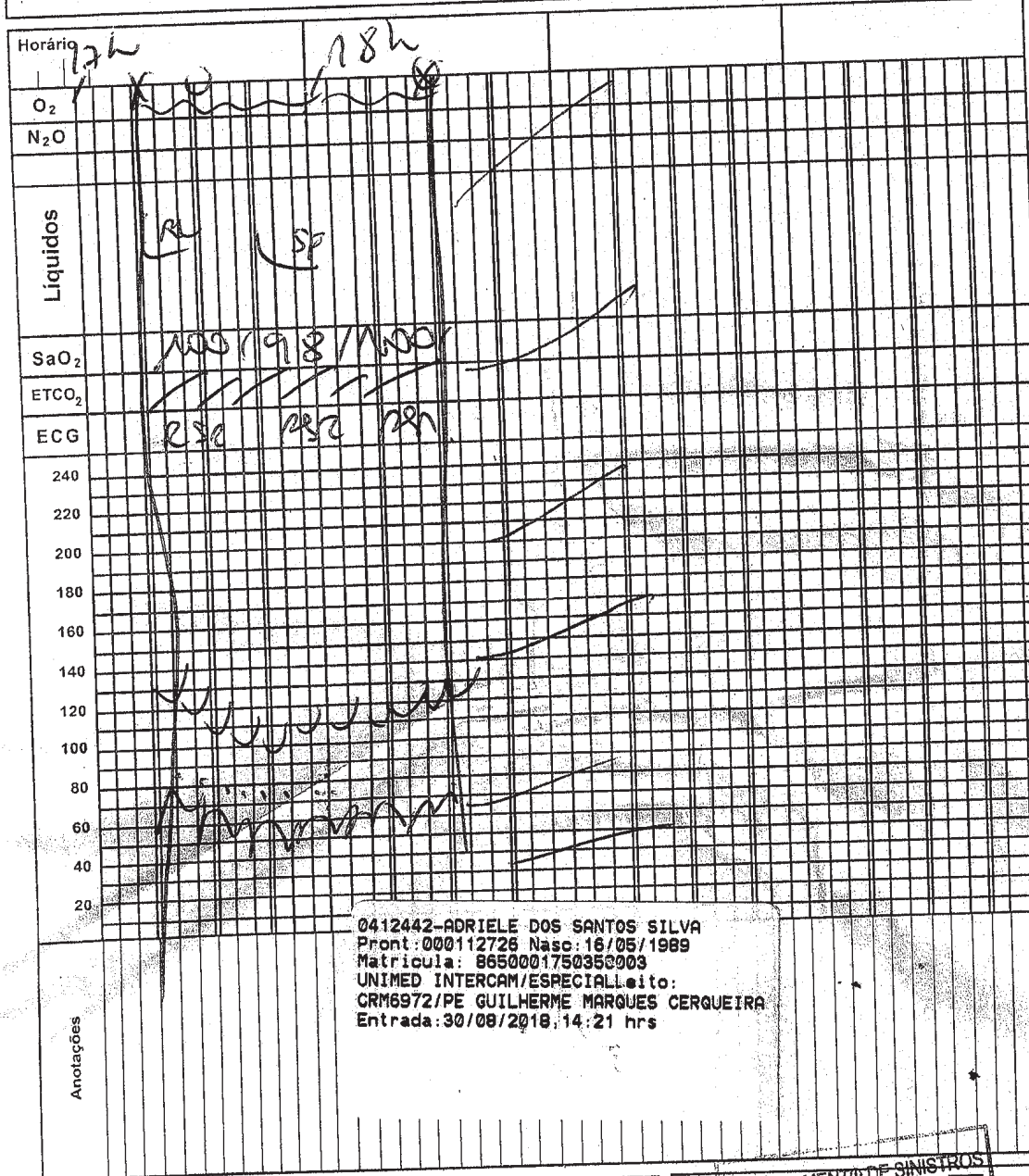
**Registro: 412442**    **Prontuário: 112726****Data: 30/08/2018****Paciente:** Adriele dos Santos Silva**QP/QDA:** Fratura do Halux.**Tratamento:** Fratura e/ou luxações do pé (exceto antepé) - tratamento cirúrgico.

<b>Cir:</b> Guilherme Cerqueira	<b>1º Aux:</b> Georges Klaus	<b>2º Aux:</b> Marcelo Crisanto
<b>3º Aux:</b>	<b>Anest:</b> Camila Andrade	<b>Inst:</b> Maria do Carmo

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.
2. Assepsia + antisepsia com escova PVPI + Clorexidina + SF 0.9% 5.000ml e aposição de campos estereis.
3. Isquemia do MIE com 02 Faixas Kendall.
4. Colocação percutânea de **02 Fios Guias** em fragmentos de fratura em base de falange distal do hálux esquerdo.
5. Colocação de **02 Parafusos Canulados** para fixação de fraturas.
6. Controle com intensificador de imagem.
8. Hemostasia com bisturi elétrico.
9. Sutura da pele com 02 Fios Vicryl Rapid 6.0 + 01 Fio Mononylon 4.0.
10. Realizado curativo Compressivo + Tala bota.
11. Observado a boa perfusão distal, após retirada das Faixas.

  
**Guilherme Cerqueira**  
**Ortopedista**  
**CRM: 6972**

	<b>FICHA DE ANESTESIA</b>	Data	Hospital
		30/08/18	SOS MAO
Paciente	ADRIELE DOS SANTOS SILVA	Sexo	Cor
F	P	Idade	29
CRM	Nome do Anestesista	Nome do Cirurgião	
15578	CAMILA ALVES DE ANDRADE	GUILHERME CERQUEIRA	
Medicação Pré-anestésica	Não	Urgência	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
Cirurgia	1to cirurgia de prótela omos do pé ME 59		



Drogas Usadas
Rapa 1-1 O2FA clonazepam 150, fentanyl 100, não usada xelo 2/50 dimof 0,2 O2ar decadron 10 dypirone na O2 Bextra 400 endomethion 14/azul O2 Gynazel 400 flunarizol 0
Técnica Anestésica
Raqui anestesia Sclorac na altura 5m amonina + an 30 fatos q xel 2/50 + punc lombar de 63-40 q a N. 276 pin LCA @, aspi

0412442-ADRIELE DOS SANTOS SILVA  
 Pront: 000112726 Nasc: 16/05/1989  
 Matrícula: 8650001750350003  
 UNIMED INTERCAM/ESPECIALLEITO:  
 CRM6972/PE GUILHERME MARQUES CERQUEIRA  
 Entrada: 30/08/2018, 14:21 hrs

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> Temperatura <input type="checkbox"/> Swan-Ganz <input type="checkbox"/> Analisador Gases <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo <input type="checkbox"/> Linha Arterial <input type="checkbox"/> Volemig IBP Plus
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro <input type="checkbox"/> PNI <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> Estet. Pré-Cordial <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Encaminhado <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Intubado <input type="checkbox"/> Destino <input checked="" type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> Apart./Enf. <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Externo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS Intercorrência: DPVITNÃO
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
Descrever: 11 OUT 2018
Observação:
Conte Seguradora SIA. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE
Camila Andrade CRM: 15578 ANESTESIOLOGISTA

fne li juu, S.  
 parstuxa @

Assinatura do Anestesista



1. REGISTRO ANS <b>ANS - nº 34.488-5</b>	3. Data da Autorização	4. Senha	5. Data Validade da Senha	6. Data Emissão da Guia
---	------------------------	----------	---------------------------	-------------------------

Dados do Beneficiário

7. Número da Carteira <b>065 000 1750 358003</b>	8. Plano	9. Validade da Carteira
10. Nome <b>Adrielle dos Santos Silva</b>		11. Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Solicitante

12. Código na Operadora / CNPJ / CPF	13. Nome do Contratado	14. Cód. CNES
15. Nome do Profissional Solicitante <b>CRM 6972</b>	16. Conselho Regional	17. Número Conselho
18. UF	19. Cód. CBO S	

Dados do Contratado Solicitante / Dados da Internação

20. Código na Operadora / CNPJ	21. Nome do Prestador <b>SOS MÃO Recife</b>
22. Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - ELETIVA <input type="checkbox"/> U - URGÊNCIA	23. Tipo de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Obstétrica 4 - Pediatria 5 - Psiquica
24. Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25. Qtde. Diárias Solicitadas

26. Indicação Clínica <b>Fratura do pé Esquerdo</b>
--

Hipóteses Diagnósticas

27. Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28. Tempo Doença referida pelo Paciente <b>20</b> <input checked="" type="checkbox"/> A - Anos <input type="checkbox"/> M - Meses <input type="checkbox"/> D - Dias	29. Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou Doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Trânsito <input type="checkbox"/> 2 - Outros
30. CID 10 Principal	31. CID 10 (2)	32. CID 10 (3)
33. CID 10 (4)		

Procedimentos Solicitados

34. Tabela	35. Código Procedimento	36. Descrição	37. Qtd. Solic.	38. Qtd. Aut.
1	<b>30.72.29.157</b>	<b>Hto. Cirurgico Fratura do pé</b>	<b>01</b>	
2				
3				
4				
5				

OPM Solicitados

39. Tabela	40. Código OPM	41. Descrição OPM	42. Qtde.	43. Fabricante
1				
2				
3				
4				
5				

Dados da Autorização

45. Data Provável da Admissão Hospitalar	46. Qtde. Diárias Autorizadas	47. Tipo da Acomodação Autorizada
48. Código na Operação / CNPJ	49. Nome do Prestador Autorizado	50. Código CNES

51. Observações <b>Pront - 853769</b>	52. Data e Assinatura do Médico Solicitante <b>Guilherme Perceira</b>	53. Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54. Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
--	--	--	---

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 OUT 2018

Conte Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa 715 - 11.5  
Recife - PE



Adriele D S Silva  
29A 2M,Feminino,1889078  
Nº aces. 118.2216390-3

REAL HOSPITAL PORTUGUES  
[ 26/07/2018 11:14:47 ]  
CARESTREAM HEALTH DRX-1  
ARTUR

ESQ.

5 cm

Rel exp. rel. raios X: 1639

C 2120  
L 4094

Adriele D S Silva  
29A 2M,Feminino,1889078  
Nº aces. 118.2216390-3

REAL HOSPITAL PORTUGUES  
[ 26/07/2018 11:15:20 ]  
CARESTREAM HEALTH DRX-1  
ARTUR

ESQ.

10 cm

Rel exp. rel. raios X: 1145

C 2078  
L 4096

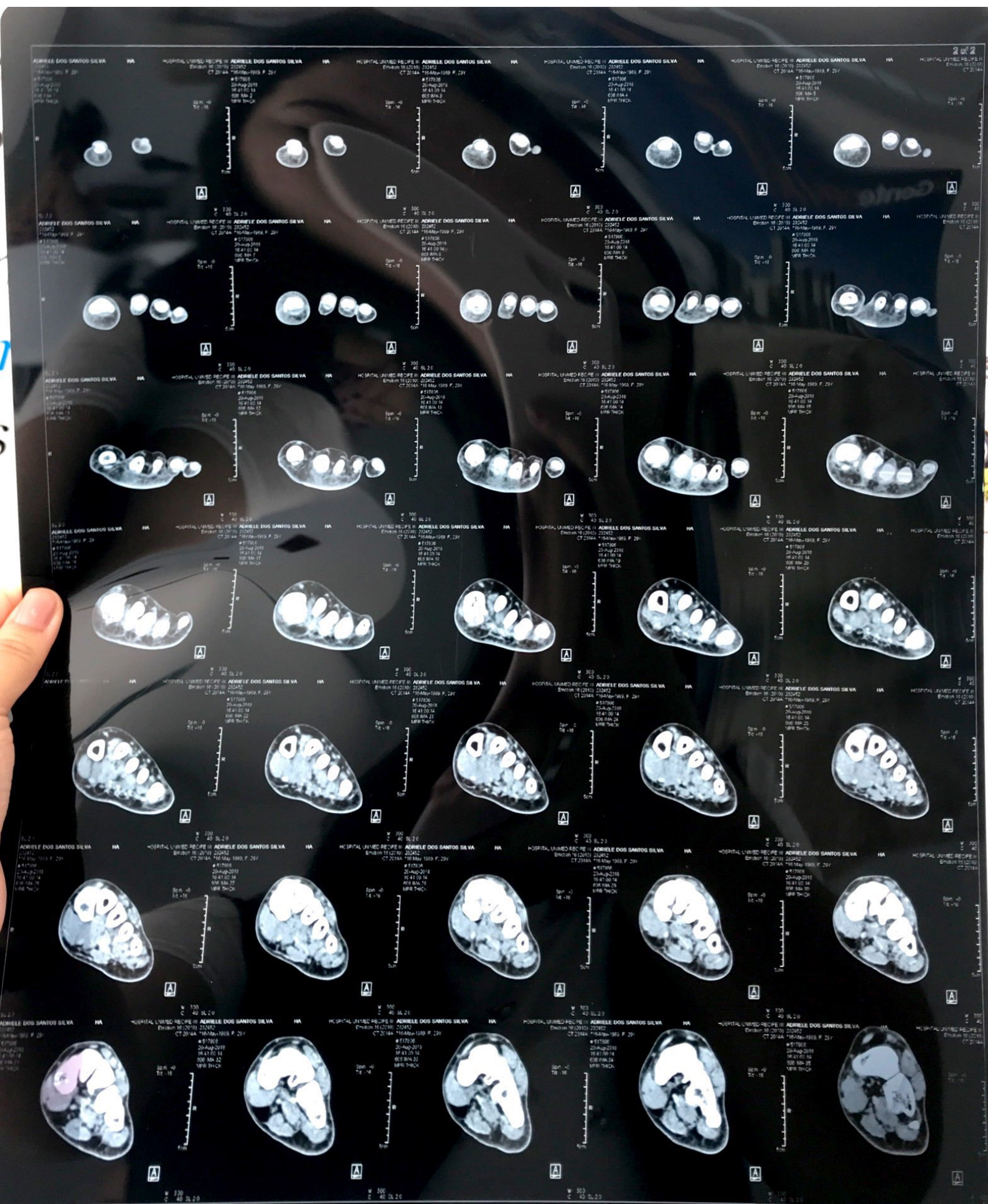






















REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1300669087

NOME  
ADRIELE DOS SANTOS SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
0031100091 MTE PE

CPF  
085.462.394-95

DATA NASCIMENTO  
16/05/1989

FILIAÇÃO  
NÃO DECLARADO

MARIA DE FATIMA DOS SANTOS SILVA

PERMISSÃO  
ACC CAT. HAB. B

Nº REGISTRO  
06374314113

VALIDADE  
10/09/2019

1ª HABILITAÇÃO  
25/05/2015

OBSERVAÇÕES  
Exerce Ativ Remunerada

*Adrielle dos Santos Silva*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

DATA EMISSÃO  
12/07/2016

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO EMISSOR

15164861656  
PE073872342

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROVIDO PLASTIFICAR  
1300669087

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 OUT 2018

Gente Seguradora S/A.  
Av. RUI Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373205/18

**Vítima:** ADRIELE DOS SANTOS SILVA

**CPF:** 085.462.394-95

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 26/07/2018

**Titular do CPF:** ADRIELE DOS SANTOS  
SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**ADRIELE DOS SANTOS SILVA : 085.462.394-95**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

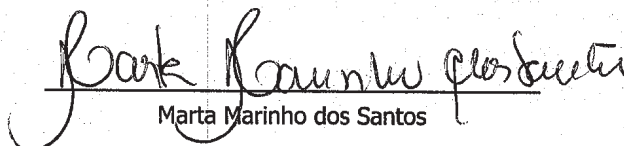
### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018  
Nome: ADRIELE DOS SANTOS SILVA  
CPF: 085.462.394-95

  
ADRIELE DOS SANTOS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

  
Marta Marinho dos Santos

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180479536 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIELE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 26/07/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 22/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM QUADRIL ESQUERDO.  
FRATURA DA FALANGE DISTAL DO HÁLUX ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS E PARAFUSOS PARA O HÁLUX.  
TRATAMENTO CONSERVADOR PARA AS DEMAIS LESÕES.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373205/18

**Vítima:** ADRIELE DOS SANTOS SILVA

**CPF:** 085.462.394-95

**Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 26/07/2018

**Titular do CPF:** ADRIELE DOS SANTOS SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**ADRIELE DOS SANTOS SILVA : 085.462.394-95**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018  
Nome: ADRIELE DOS SANTOS SILVA  
CPF: 085.462.394-95

ADRIELE DOS SANTOS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos