

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 - OSTEOSÍNTSE 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
sequelas: 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:



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



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

Nome completo da vítima

085.4162.391-95

Adrielle dos santos silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Adrielle dos santos silva	CPF titular da conta 085.4162.391-95	Profissão casca
Endereço Av. Estrada da Luz	Número 1067	Complemento casca
Bairro Santa Alízia	Cidade Jaboticabal Guanape	Estado SP
Email adrielle-1989@hotmail.com	CEP 54120-445	Telefone (DDD) (81) 98560-0176

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

- | | | | |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

ITAC

NRO

341

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

1632

33164

(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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 OUT 2018

Gente Seguradora S/A,

Av. Rio Branco, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou | DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

<i>11 OUT 2018</i>
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE
<small>superior a 90 (noventa) dias</small> |
| <input type="checkbox"/> O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de Seguradora S/A . | <small>de direito</small> |
| <input type="checkbox"/> O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido. | <small>de prazo</small> |

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.

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

Adrielle dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ITAU - 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 N°. 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
Gérante de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife


Carlos Eduardo Macedo
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU Metropolitano Recife
Mat. 92548-8

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
1º Distrito

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.jboataosede@hotmail.com

AUTENTICO

Autentico a presente cópia reprográfica extraída desta serventia,
que confere com o original. Dnu fe.
Jaboatão dos Guararapes, 08/10/2018. Em test.  da verdade.
Adriana Maria de Lima Santana (Oficial)
Valor Total R\$ 4,09. Valido somente com o selo
0075841-VN809/201801-001A1
Consulte autenticidade no site www.servicospublicos.pe.gov.br.

REMITENTE

056306

INSS

AG DA P SOCIAL RECIFE - APOGADOS

R JUOAO CARLOS CHAMARES, 1477

APOGADOS

RECIFE - PE

50770-3150

MUDOU-SE RECUSADO

ENDERECO INSUFICIENTE NÃO PROCURADO

NÃO EXISTE O NUMERO AUSENTE
INDICADO

DESCONHECIDO PALECIDO

REINTEGRADO AO SERVICO POSTAL EM

EM

RESPONSÁVEL

MISTO

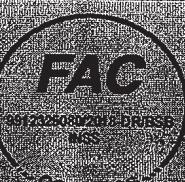
Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



ADRIELE DOS SANTOS SILVA
DA LUZ DE 1000 AO FIM 1061
SANTO ALEXO
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
54120-445



501319698741769000003586630130918

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 SIS, 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 ADRIELA DOS SANTOS SILVA, cujo o condutor era
FELIPE DOUGLAS DOS SANTOS.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 160 FAN ESIDI 2017

Ano: 2017

Placa: PGX 9034

Chassi: 9C2KC22001HR606874

Data do Acidente: 26-07-2018

Local e Data: BR-232 26-07-2018


Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 OUT. 2018
Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE

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


Reconhecer por falso/a

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DO 1º DISTRITO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Rua Alberto Barreto, 13 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - PE - Fones: (81) 3481-3929 / 3481-5266
CEP: 54110-080 - Email: cartorio.jabotao@nbtmail.com

Reconheço por autenticidade a firma indicada de:
FELIPE DOUGLAS DOS SANTOS
lançada em minha presença, dia 05/10/2018. Em testemunha
Adriana Maria de Lima Santana (Oficial) 
da verdade.

Total: R\$ 4,79 Válido somente com o selo 0073861.PYF09/201801-00018
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

VALIDO SOMENTE SEM EMENDAS OU RASURAS

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 OUT 2018

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

COREN 417816 - NARA KELLY SANTOS DO NASCIMENTO



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 - 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 OUT 2018

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

10486 - CLAUDIA DA CONCEIÇÃO CAVALCANTI

COREN 10486 - CLAUDIA DA CONCEIÇÃO CAVALCANTI

Prescrição Médica / Evolução Clínica

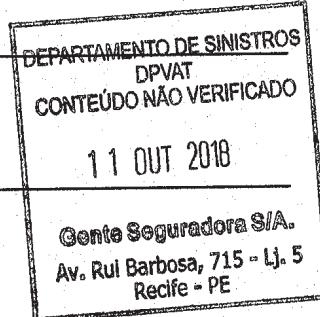
R1889078

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO
Av. Agamenon Magalhães, 4750 - Derby - Recife - PE CEP: 52010-912
CNPJ: 10.892.164/0001-24 - Telefone (081) 3416-1122

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 FISIOLOGICO 0,9% SIST FECHADO 500 ML Uso: 1 Frasco-ampola, Via Endovenosa, (No momento) Nao especificado.	(1)	
2)	NOVALGINA 1G AMP 2 ML Uso: 1 Ampola, Via Endovenosa, (No momento). diluído em CLORETO DE SODIO 0,9% AMP 10 ML.	(1)	
3)	ZOFRAN 8 MG AMP 4 ML Uso: 1 Ampola, Via Endovenosa, (No momento). diluído em SORO FISIOLOGICO 0,9% SIST FECHADO 100 ML.	(1)	
4)	NOVALGINA 1G AMP 2 ML Uso: 1 Ampola, Via Endovenosa, (No momento). diluído em CLORETO DE SODIO 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 FISIOLOGICO 0,9% SIST FECHADO 100 ML.	(1)	
6)	CETOPROFENO SOL INJ IV 100 MG, 2 ML Uso: 1 Frasco-ampola, Via Endovenosa, (No momento) Nao especificado. diluído em SORO FISIOLOGICO 0,9% SIST FECHADO 100 ML.	(1)	
7)	IMOBILIZACAO ADESIVA (PARA FALANGES), (No momento) ENGLOBANDO HALUX E 2º POD ESQ	(1)	
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 FISIOLOGICO 0,9% SIST FECHADO 100 ML.	(1)	
4)	NOVALGINA 1G AMP 2 ML Uso: 1 Ampola, Via Endovenosa, (No momento). diluído em CLORETO DE SODIO 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 FISIOLOGICO 0,9% SIST FECHADO 100 ML.	(1)	
6)	CETOPROFENO SOL INJ IV 100 MG, 2 ML Uso: 1 Frasco-ampola, Via Endovenosa, (No momento) Nao especificado. diluído em SORO FISIOLOGICO 0,9% SIST FECHADO 100 ML.	(1)	
7)	IMOBILIZACAO ADESIVA (PARA FALANGES), (No momento) ENGLOBANDO HALUX E 2º POD ESQ	(1)	
26/07/2018 16:46	Solic. (Estoque): 118.1300859	Horários de Aplicação	9842
7)	IMOBILIZACAO ADESIVA (PARA FALANGES), (No momento) ENGLOBANDO HALUX E 2º POD ESQ	(1)	



Exames Solicitados:

- 1) RX COTOVELO D (AP, PERfil)
- 2) RX PE E (AP, OBLIQUE)
- 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)

Prescrição Médica / Evolução Clínica

R1889078

REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÉNCIA EM PERNAMBUCO
Av. Agamenon Magalhães, 4760 - Derby - Recife - PE CEP: 52010-902
CNPJ: 10.092.164.0001-24 - Telefone: (81) 3416-1122

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

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

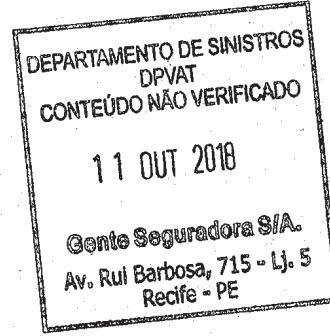
DOR: Sim Intensidade: 5

NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO:

Psicologia: Não
Assistente Social: Não

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: C40.2
POLITRAUMA

AV DA ORTOPEDIA
ANALGESIA
RX DO TRAUMA {



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:Nºc 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 PRANCHAS. PUNCIONADA 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 + ESCORCIACOES NO COTOVELO DIREITO}

Exame Físico:

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

DOR: Sim Intensidade: 5

NECESSITA DE ACOMPANHAMENTO:

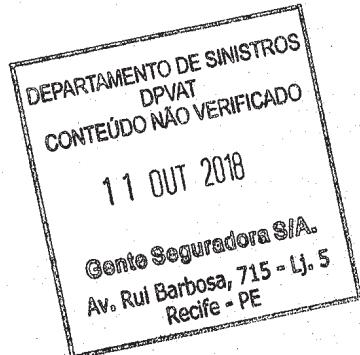
Psicologia: Não

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: 0,0, m

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 Saída

Alerta: Sim

Reage Estímulos Verbais: Sim

Reage á Dor: Sim

Sem Reação: 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 N

Evolução Enfermagem: PACTE HD: ACIDENTE DE MOTO, AVALIADA 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 tc

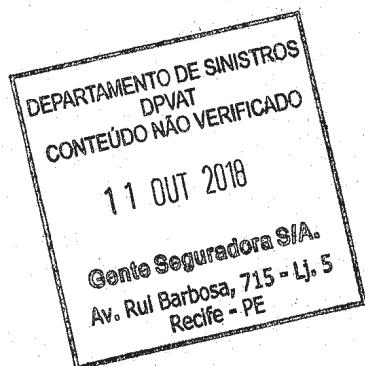
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

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:Nºc 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

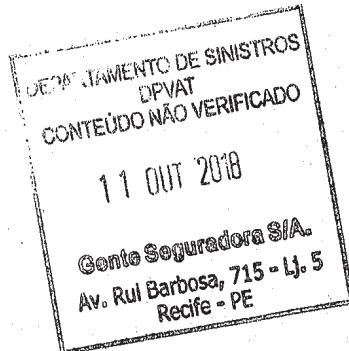
CONDUTA

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: 0,0m

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

Transferência - Intrahospitalar

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

Motivo da Transferência

Realização de Exames

SSVV

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

Diagnóstico

Constatada 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

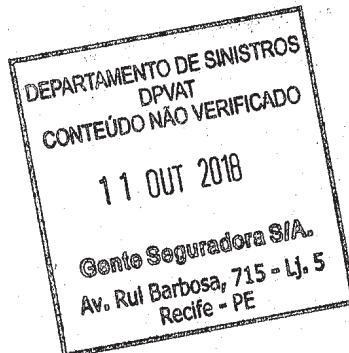
Transferência com Técnico de Enf. - Não

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 PRÓXIMA SEMANA NO CTO PARA O GRUPO DE PE
ALTA

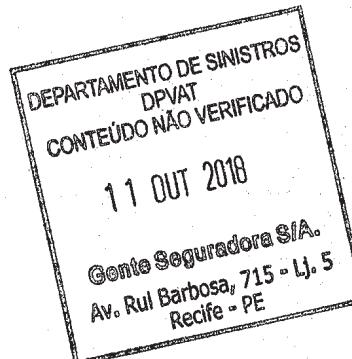
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

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

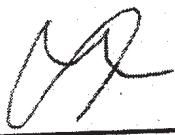
Paciente: Adrielle dos Santos Silva

QP/QDA: Fratura do Halux.

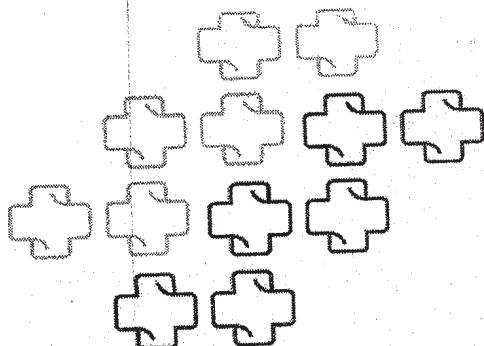
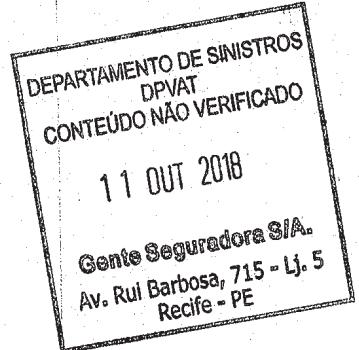
Tratamento: Fratura e/ou luxações do pé (exceto antepé) - tratamento cirúrgico.

Cir: Guilherme Cerqueira	1º Aux: Georges Klaus	2º Aux: Marcelo Crisanto
3º Aux:	Anest: Camila Andrade	Inst: 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 esteréis.
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.
7. Hemostasia com bisturi elétrico.
8. Sutura da pele com 02 Fios Vicryl Rapid 6.0 + 01 Fio Mononylon 4.0.
9. Realizado curativo Compressivo + Tala bota.
10. Observado a boa perfusão distal, após retirada das Faixas.



Guilherme Cerqueira
Ortopedista
CRM: 6972





FICHA DE ANESTESIA

Data

Hospital

30/08/18

SOS MAO

Sexo F P Cor Idade 29

Paciente

ADRIELE DOS SANTOS SILVA

CRM

Nome do Anestesista

15528 CAMILA MARQUES DE ANDRADE

Nome do Cirurgião

GUILHERME MARQUES CERQUEIRA

Medicação Pré-anestésica

Nas

Unimed

Urgência

X NÃO

Cirurgia

16 enxerto de frância amea do pí me sg

Horário

17h

18h

O₂N₂O

Líquidos

R

SP

SaO₂

100 / 98 / 100

ETCO₂

25°C 25°C 28°C

ECG

240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20

Anotações

0412442-ADRIELE DOS SANTOS SILVA
 Front: 000112726 Nasc: 16/05/1989
 Matrícula: 8650001750358003
 UNIMED INTERCAM/ESPECIALISTAS:
 CRM6972/PE GUILHERME MARQUES CERQUEIRA
 Entrada: 30/08/2018, 14:21 hrs

Drogas Usadas

Ropiv 1.1 O2 FA
 clonodex 1.5g
 fentanil 1000
 neosinula
 Xete 2.5g C
 dimed 0.2 O2
 decaduro n 10
 dypromo n O2
 Bextria 40mg
 endométrio n
 Icajazol O2
 Gynazel 40g
 flumazol O

Técnica Anestésica

Raque anest
 Sedacão
 naunite 8ml
 anoxia + an
 Bofato 4 g tel
 2.5g + pmc
 lomban 10
 63 - 4 a
 N. 276 min
 LCA(4), aspe
 pmli juv, s
 pastix a(2)

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
<input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio	<input type="checkbox"/> Temperatura
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo
<input type="checkbox"/> Estet. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus

Encaminhado	<input checked="" type="checkbox"/> Acordado
	<input type="checkbox"/> Sonolento
	<input type="checkbox"/> Intubado
Destino	<input type="checkbox"/> SRPA
	<input type="checkbox"/> Apart./Enf.
	<input type="checkbox"/> UTI
	<input type="checkbox"/> Externo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS		
Intercorrência:	DIPUT/NAO	SIM
CONTEUDO NAO VERIFICADO		
Descriver:	11 OUT 2018	
Observações:	Centro Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lote 5 Recife - PE	

Camila Andrade
 CRM: 15528
 ANESTESIOLOGISTA

Assinatura do Anestesiista

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

Dados do Beneficiário

7. Número da Carteira 065 000 1750 358003	8. Plano	9. Validade da Carteira
----------------------------------------------	----------	-------------------------

10. Nome Adrielle dos Santos Senna	11. Número do Cartão Nacional de Saúde
---------------------------------------	----------------------------------------

Dados do Contratado Solicitante

12. Código na Operadora / CNPJ / CPF CRM 6972	13. Nome do Contratado	14. Cód. CNES
--------------------------------------------------	------------------------	---------------

15. Nome do Profissional Solicitante	16. Conselho Regional	17. Número Conselho	18. UF	19. Cód. CBO S
--------------------------------------	-----------------------	---------------------	--------	----------------

Dados do Contratante/Solicitante / Dados da Internação

20. Código na Operadora / CNPJ / CPF CRM 6972	21. Nome do Prestador SOS MÃO Recife.
--------------------------------------------------	------------------------------------------

22. Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> E - ELETIVA <input type="checkbox"/> U - URGENCIA	23. Tipo de Internação <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

24. Regime de Internação <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar <input type="checkbox"/> 2 - Hospital <input type="checkbox"/> 3 - Domiciliar	25. Qtde. Diárias Solicitadas 1 1 1
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

26. Indicação Clínica Fratura do pé Esquerdo

Hipóteses Diagnósticas

27. Caráter da Internação <input checked="" type="checkbox"/> A - Aguda <input type="checkbox"/> C - Crônica	28. Tempo Doença referida pelo Paciente 120 D	29. Indicação de Acidente <input type="checkbox"/> 0 - Acidente ou Doença relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1 - Transito <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 304201157	36. Descrição Rto. cirúrgico Fratura do pé	37. Qtd.Solic.	38. Qtd.Aut.
1			01	
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 de Acomodação Autorizada
------------------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------

48. Código na Operação / CNPJ	49. Nome do Prestador Autorizado	50. Código CNES
-------------------------------	----------------------------------	-----------------

51. Observações Guilherme Ferreira e Traumatologia	PACT - 853769	
-------------------------------------------------------	---------------	--

52. Data e Assinatura do Médico Solicitante	53. Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	54. Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
---------------------------------------------	------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

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



Rel exp. rel. raios X: 1639

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

C 2120
L 4094

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



Rel exp. rel. raios X: 1145

C 2078
L 4096

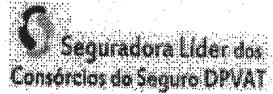


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/07/2018

Titular do CPF: ADRIELE DOS SANTOS SILVA

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 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.

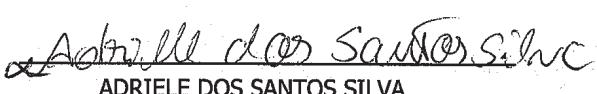
A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018

Nome: ADRIELE DOS SANTOS SILVA

CPF: 085.462.394-95

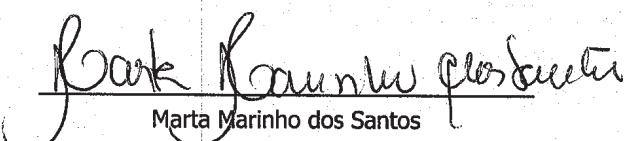

ADRIELE DOS SANTOS SILVA

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: DIMINIÇÃO 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
sequelas: 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/07/2018

Titular do CPF: ADRIELE DOS SANTOS SILVA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADRIELE DOS SANTOS SILVA

Marta Marinho dos Santos