

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166568 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7 - ANEXO ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 27/04/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166568 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.7 - ANEXO ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 27/04/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166568 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180166568

Vitima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 09/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARYLOU SILVA DE FREITAS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180166568**.

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

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Sinistro: 3180166568

Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 09/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARYLOU SILVA DE FREITAS

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

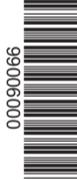
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180166568** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Carta n°: 12769750

A/C: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180166568
Vitima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 09/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARYLOU SILVA DE FREITAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 000000238225-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

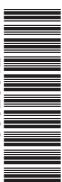
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180166568

MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 09/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARYLOU SILVA DE FREITAS

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180166568**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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 14459165

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180166568**

Nome do(a) Examinado(a): **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA 02 DE FEVEREIRO nº 526 - CASA AMARELA - RECIFE/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3255593 - SSP**

Data e local do acidente: **09/06/2017 RECIFE/PE**

Data e local do exame: **27/04/2018 RECIFE/PE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

NO DIA DO ACIDENTE, FOI REALIZADO REDUÇÃO DE DANOS COM LAVAGEM E FIXAÇÃO EXTERNA. EM 30/06/2017, FOI RETIRADO FIXADOR E REALIZADO OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA MOTORA. ALTA ORTOPÉDICA

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA DEFORMIDADE DE JOELHO, DESVIO EM VARO COM HIPOTROFIA IMPORTANTE DE PANTURRILHA, DIFICULDADE DE MARCHA COM CLAUDICAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR DE JOELHO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ

*Fábio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7*
[Signature]

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

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 ASI.

CPF da Vítima

469.329.314-00

Nome completo da vítima

Marinaldo Pereira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Marinaldo Pereira da Silva	469.329.314-00	Recepcionista
Endereço	Número	Complemento
Rua 02 de Fevereiro	526	Casa
Bairro	Estado	CEP
Casa Amarela	PE	52280-220
Email	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input 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.

0049 D/V 00238225 92

(Informar dígito se existir)

00238225 92

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name _____ NRO. _____

AGÊNCIA

NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____

(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 Lider 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, 16 de Março de 2018

Local e Data

X Marinaldo Pereira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURADO PVAT

• Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OVIDORIA 0800 725 7474
OVIDORIA 0800 725 7474

072-627424080-6

• Loterias CAIXA

13/MAR/2018

HORA DF 15:25:05

LOT: 15.13283-2 TERM: 018084
LOCALIDADE: RECIFE
AG. VINCULADA: 0049 CONTROLE: 698112281

DEPOSITO EM DINHEIRO

0049 013 00238225-2

MARINALDO P SILVA

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

072-627424080-6

• Loterias CAIXA

1a. VIA

• Loterias CAIXA

• Loterias CAIXA

• Loterias CAIXA

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURO DE VIT.



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 17ª CIRCUÍTUA POLICIAL
 VASCO DA GAMA
 150 555-6
 15/03/2018

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 017ª CIRCUÍTUA - VASCO DA GAMA - DP17ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0107000389

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/03/2018** às **12:14**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 9/6/2017 às 07:00

Fato ocorrido no endereço: **RUA VASCO DA GAMA, 1 - Bairro: VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO A ESCOLA REUNIDA SÃO SEBASTIÃO**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

EXCELSIOR SEGUROS
 11 ABR 2018
 SEGURO DPVAT

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
 MARINALDO PEREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO

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

MARINALDO PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **ENILDA CÂNDIDA DA SILVA** Pai: **JOSÉ PEREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **1/5/1969** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3255593/SSP/PE (RG), 76932931400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 984125006**

Endereço Residencial: **RUA DOIS DE FEVEREIRO, 526 - CEP: 55000-000 - Bairro: VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMA A ANTIGA PADARIA PAN JÓ**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O DECLARANTE ESCLARECE QUE NO DIA 09/06/2017, POR VOLTA DAS 07H00, ENCONTRAVA-SE NA AV. VASCO DA GAMA, RECIFE-PE, PROXIMO A ESCOLA REUNIDA SÃO SEBASTIÃO, AFIRMA QUE ATRAVESSOR A AVENIDA COM DESTINO A PARADA DE ÔNIBUS NO SENTIDO SUBURBIO /CIDADE, AO OBSERVAR QUE TINHA PARADO UM ÔNIBUS, O DECLARANTE TENTOU APANHA-LO E ATRAVESSOU A AVENIDA COM RAPIDEZ, MAS, O MESMO FOI EMBORA, DE IMEDIATO O DECLARANTE DISSE QUE AO VOLTAR E ATRAVESSAR A AVENIDA VASCO DA GAMA, FOI ATROPELADO POR UM CARRO, TENDO O MESMO CAIDO AO SOLO E DESMAIO, AFIRMA O DECLARANTE QUE SE ACORDO NO HOSPITAL GETULIO VARGAS E VEIO A SABER QUE TINHA SOFRIDO UMA FRATURA EXPOSTA NA PERNAS DIREITA. DE IMEDIATO FOI CIRURGIADO E APÓS A CIRURGIA RECEBEU ALTA NO DIA 04/07/2017. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.

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

Marinaldo Pereira da Silva
MARINALDO PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: JOSE CARLOS DA SILVA - Matrícula: 150.555-6



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 **Marenaldo Pereira da Silveira** CPF da Vítima **769.329.354-00** Data do Acidente **09/06/2017**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD) (81)98456-3272

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:

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 de prova do Seguro DPVAT; ou
- 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.

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.

EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURO DPVAT

Recife, 16 de março de 2018
Local e Data

x Marenaldo Pereira da Silveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2018APH000055 Div. Op.

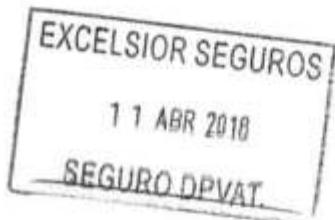
Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). MARINALDO PEREIRA DA SILVA, 48 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 3255593 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 769.329.314-00, residente à RUA 02 DE FEVEREIRO, nº 506, , VASCO DA GAMA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 09/06/2017, por volta das 06:14 hs, no endereço: RUA VASCO DA GAMA, S/N, VASCO DA GAMA RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA ENTRE NIVEIS, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) MARINALDO PEREIRA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 769.329.314-00 e Registro Geral nº 3255593, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798249-6 PAULO FERREIRA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1053921. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 05/03/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000055

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



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: 02/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 00000238225-2

Nr. da Autenticação 7285AEEE6B36234A

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

ELZA MARIA DA CONCEICAO SILVA
PROX A ANTIGA ASSEMBLEIA DE DEUS
CPF: 265.884.474-34

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA 02 DE FEVEREIRO 526
CASA AMARELA/RECIFE
52280-220 RECIFE PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

23/02/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

17/02/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

17/02/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

005823823

CONTA CONTRATO

000033023022

Nº DO CLIENTE

2000036452

Nº DA INSTALAÇÃO

0002839193

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

D772.5C78.76EA.EA79.318B.5018.9EFF.3AD6

DESCRÍCÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍCÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	95,00	0,68874564	63,53
Contribuição Iluminação Pública			10,13
ICMS Subvenção-CDE-NF 002159510-20/12/17			0,56
Multa por atraso-NF 002222690 - 18/01/18			1,29
Juros por atraso-NF 002222690 - 18/01/18			0,02
Atualização IGPM-NF 002222690 - 18/01/18			0,02
Compensação DIC Trimestral 04/17			0,96
Compensação DIC Anual 2017			3,28
Compensação DMIC 12/17			0,38
TOTAL DA FATURA			70,90



Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)		kWh:	
FEV	18	95	
JAN	18	93	
DEZ	17	94	
NOV	17	95	
OUT	17	88	
SET	17	87	
AGO	17	82	
JUL	17	76	
JUN	17	83	
MAI	17	83	
ABR	17	83	
MAR	17	96	
FEV	17	84	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS	PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
63,53	25,00	15,88	63,53	0,57	0,36
					63,53 2,60 1,65
					TOTAL DA FATURA

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍCÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
dez/2017					
DIC-No de horas sem Energia	MACAXEIRA	3,58	4,95	9,91	18,82
FIC-No de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,58	2,77	6,00	8,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Límite DICRI: 12,22		
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 23,53					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração das Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Combata o mosquito da dengue, zika e chikungunya, Ministério da Saúde, Governo Federal.

NIVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)
220	202
	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000033023022	02/2018	0,00	23/02/2018

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este cartão só será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

11 ABR 2018

SEGURADO DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Garyfan Silva de Freitas inscrito (a) no CPF sob o Nº 049.212.454-01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marinaldo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 469.329.314-00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marinaldo Pereira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 469.329.314-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

Recuso informar

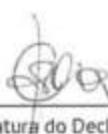
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Pastor Evangelico Benobby Barvalho de Souza</u>		Número	<u>418</u>	Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Bombe do Hemiterio</u>	Cidade	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>52.211-020</u>
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>(83) 98436-1272</u>		
			Telefone celular (DDD)			

Recife 16 de março de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 445248

1.1 - Atendimentos em: 09/06/17

1.2 - Às 07 horas e 16 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1053921

2.1 - Internado em: 09/06/17

2.2 - Alta em: 04/07/17

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**4. Tratamento: 1º CIRURGIA EM 09/06/17 = REDUÇÃO INCRUENTA + FIXADOR EXTERNO.
2º CIRURGIA EM 30/06/17 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.**

5. Observação: ATROPELAMENTO POR AUTOMÓVEL.

DATA: 26.12.2017

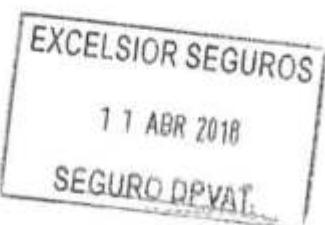
HORA: 08:40:52

PASTA: 01.12.2017

TB

RS

Dr. Tadeu Buril
SDC - CREMEPE - 3019
MAT. 0588683



Dr. Tadeu Buril

HOSPITAL GETULIO VARGAS

EMERGÊNCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 445248

Prontuário: 1053921

Nome: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Data Nasc.: 01/05/1969 Idade: 48

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF: RG:

CNS: 898004972471087

Nº: 526

Endereço: VILA DOIS DE FEVEREIRO

Estado: PE

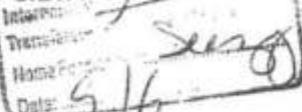
Bairro: VASCO DA GAMA

Cidade: RECIFE ANS

CEP: 52280218 Fone: 31845600

Profissão:

Nome da Mãe: ELZA MARIA DA CONCEICAO SILVA



Acompanhante:

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: - NO CARTÃO SUS CONSTA MÃE, ENILDA CANDIDA DA SILVA, SEGUNDO O PACIENTE, SUA MÃE

Identidade de Trabalho: Sim Não

ATENDIMENTO DATA: 09/03/2017 HORA: 07:16

Queixa Principal / HDA: Paciente vítima de atropelamento por carro há cerca de 16 horas com trauma em MFD. Negativa TCE, nega náuseas, vômitos e perda da consciência. Paciente visivelmente alcoolizado.

História do Trauma

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tipo:					
Colisão:	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tipo:			Motorista:	<input type="checkbox"/>	Passageiro: <input type="checkbox"/>
Atropelamento:	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:					
Vítima de Ferimento:	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Tipo:			Sofreu Queda:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:			Altura m:		
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input checked="" type="checkbox"/>				Transporte Realizado por:		
Observações:	MSD. dor + desordens de limitação funcional GM: joelho Neuropatia periférica							

Exame Físico:

Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp.: C°
-------	---	--	-----------

EG: B, consciente, orientado, eupneico, AAA.

EXCELSIOR SEGUROS

B: Respiratório

Eupneico

11 ABR 2018

C: Circulatório	PA: X	mmm	Pulso: bpm:	SEGURO DPVAT.
-----------------	-------	-----	-------------	---------------

Hemodinâmicos estáveis

D: Exames Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

Glasgow 15



261710183532-6

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

10.572.048/0005-51
(03 visos)

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE:

Manoaldo Penha da Silveira

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO:

Nº DO REGISTRO:

1053921

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

Nº:

BLOCO:

APT:

BAIRRO:

UF:

CEP:

MUNICÍPIO:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente admitido para tratamento cirúrgico de fratura exposta de tibia proximal direita

EXAME FÍSICO:

Doen. edema é deformante em região da perna direita

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame Físico Rx

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

fratura exposta de tibia proximal direito

PROCEDIMENTO SOLICITADO

LMC Redução Tincuverte
Fixação externa Transcortical de joelho direito

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

SOT

DATA: 04/06/17

Bruno Monteiro
Ortopedia/ Traumatologia
CRM-PE 24221

CÓDIGO

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

EXCELSIOR SEGUROS

1.1 ABR 2018

SEGURO DPVAT

DATA: 1/1/1

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR
Av. Antônio Góes, 997 - Centro - Bauru - São Paulo - CEP: 17010-000
Fone: (17) 3251-8188/8000

HOV-10204 V.1.2018

DATA DA AUTORIZAÇÃO

BB
J



MARINALDO PEREIRA DA SILVA		01053921	898004972471
445349	MASCULINO	48a 2m 3d	CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 105-07



Relatório de Alta Hospitalar ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL EM 09/06/2017

Tratamento:

09/06 - Redução incruenta + aposição de fixador externo transarticular em joelho direito
30/06 - Retirada de fixador externo + osteossíntese de platô tibial direito com placas medial (terço de cano bloqueada) e lateral (placa 4,5 em L) (Dr. Danilo)

OBS:

Agendar retorno ambulatorial em 7 dias com o Grupo do Trauma.
Prescrevo cefalexina + uso de muletas.

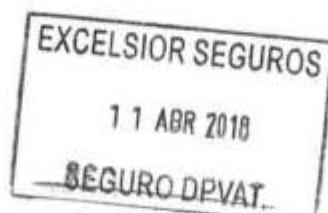
Condições Clínicas (no momento da Alta)

Melhorado. FO de bom aspecto.

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
09/06/2017	04/07/2017

Recife, 04 DE JULHO DE 2017

Ana Áurea R. Torres
Médica
CRM/PE 25656
ANA AUREA REVOREDO TORRES - CRM: Nº.25656





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

H O S P I T A L
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: MARINALDO PEREIRA DA SILVA REG: 1053921

Data da operação: 09/06/17

Operador: DR. ALVARO 1º auxiliar: DR BRUNO MONTEIRO

2º auxiliar: DR. TERCIO

Anestesista: DR. DIOGO

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL D

Tipo de operação: REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM JOELHO D

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Antisepsia e assepsia com PVPI degermante
- 3) Aposição de campos estéreis
- 4) Observado fratura exposta de tibia proximal direita
- 5) Redução incruenta de fratura
- 6) Aposição de fixador externo tubo a tubo transarticular em joelho direito
- 7) Curativo local
- 8) Observado boa perfusão distal após procedimento



Bruno Monteiro
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24221

HÓSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Flácido, indolente

Diagnóstico Inicial: Incênuca, exposto em MED

Exames Soltitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Soltitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames: Sóliço naio - X: joelho, bava, coxa, perna, carniel.
Ao bloco cirúrgico
Cefalotina 2g EV aqone 09/40.

Tratamento / Procedimentos: SAT 5000 VE EM profundo agone NHF

Código Procedimento:
Dr. Kenneth Leite

MÉDICO
CRM-PE: 25.320
CRM-CE: 18.169

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Situação de Alta:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos:

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

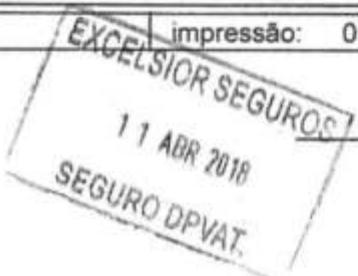
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como terho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 09/06/2017 08:25 h MARILENESM impressão: 09/06/2017 08:25 h MARILENESM



Médico



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

PACIENTE: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

Registro: 1053921

Data da operação: 30/06/17

Operador: DR. DANILO AZEVEDO 1º auxiliar: DR. LUIZ (R2)

2º AUXILIAR: LEVI (MR1) 3º AUX: DRA ANA (R1)

Anestesista: DRA AMANDA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO

Tipo de operação: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO + FLUOROSCOPIA

- 1) Paciente em decúbito dorsal, sob anestesia
- 2) Assepsia, antisepsia e aposição de campos estéreis
- 3) Aposição de garrote em MID
- 4) Visualizado deformidade em tibia proximal direita
- 5) Incisão em face lateral de tibia proximal direita
- 6) Redução cruenta e aposição de placa 4,5 em L + 02 parafusos esponjosos + 03 parafusos corticais
- 7) Incisão em face medial de tibia proximal direita
- 8) Realizado redução cruenta e aposição de placa terço de cano bloqueada de 07 furos + 06 parafusos bloqueados
- 9) Confirmada boa redução sob fluoroscopia
- 10) Limpeza copiosa com SF0,9%
- 11) Sutura por planos
- 12) Curativo
- 13) Retirada de garrote de MID
- 14) Observado boa perfusão distal após procedimento



Dr. Lúcio Henrique Filho
Mopre - Cirurgião Dentista - 2.434



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARINALDO PEREIRA DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 354673

- 1.1 - Atendimentos em: 20/11/18
- 1.2 - Às horas e minutos.
- 1.3 - Internado: SIM
- 1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1103814

- 2.1 – Internado em: 20/11/18
- 2.2 - Alta em: 25/01/19

3. Hipótese Diagnóstica: OSTEOMIELITE DE TÍBIA DIREITA.

4. Tratamento: 1. EM 20/12/18 – RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE + DESBRIDAMENTO E LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA. 2. ANTIBIOTICOTERAPIA.

5. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA INTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 26.4.2019

HORA: 11:16:20

PASTA: 01.04.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

H O S P I T A L



Getúlio Vargas

Av. General San Martin, 5/N, Cordeiro, Recife/PE



Getúlio Vargas

Av. General San Martin, 5/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que **Marinaldo Pereira da Silva, 49 anos**, esteve internado (a) no setor de Traumato-Ortopedia deste serviço

do dia 20/11/2018 ao dia 25/01/2019 para tratamento médico-hospitalar.

Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: M 86.6

Recife, 25/01/2019

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 1794 / CRM-PE 26533

Dra. Hanna Emile
Médica
CREMEC 1794 / CRM-PE 26533

Deixo a cargo do MÉDICO PERITO avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 25/01/2019

HOSPITAL GETULIO VARGAS ADMISSAO DE PACIENTE



Atendimento: 654673

Data e Hora: 20/11/2018 11:22

Especialidade:

Paciente: 1103814 MARINALDO PEREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 01/05/1969 Idade: 49 anos Convenio: 1 SUS - INTERNACAO
Nome da Mãe: ENILDA CANDIDA DA SILVA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Profissional: ALEXANDRE SAVIO AVELINO DE SOUZA Nº Conselho: 11711
Endereço: VILA DOIS DE FEVEREIRO 526 Bairro: VASCO DA GAMA
Cidade/UF: RECIFE PE Usuário Atendimento: JULIETADDH
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF: 76932931400 Fone: 32673537
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

Clínica: CLINICA ORTOPEDIA

Enfermaria: CORT 107 Leito: CLORT 107-05

CID:

Temperatura: () Respiração: ()
Pressão Arterial: () Pulso: ()

EVOLUÇÃO

lanciente hemorragia deambulando com auxílio de muletas obnubilado suspeita de I.I.D. encaminhado a enfermaria.



NOME:

Marinaldo Pereira da Silva

02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE: ENILDA CANDIDA DA SILVA

CARTÃO SUS: 704008894809665

CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: 107	LEITO: 05	Nº DO REGISTRO: 1103814
DATA DE NASCIMENTO: 01/05/1969	IDADE: 49	PESO:	ALTURA: SEXO: MASCULINO

ANEXO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

1)Osteomielite de tibia direita + DRC não-dialítica

MEDICAMENTO SOLICITADO / FARMACÊUTICOS:

20/12/18: Submetido a retirada de material de síntese + coleta e envio de material para cultura – Dr Hygino

DATA DA INTERNAÇÃO: 20/11/2018	DATA DA ALTA: 25/01/2019	DIAS DE INTERNAÇÃO: 67
-----------------------------------	-----------------------------	---------------------------

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CÓD	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
1	CIRURGÃO	DR HYGINO	
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	DR TERCIO	
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO	DR SILVIO	
4	ANESTESISTA	DRA JAMILLE	
5	CLÍNICO		

RESUMO DO CASO
(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS)

Paciente com história de osteossíntese em tibia proximal direita em junho/2018 (Dr Danilo), evoluindo há cerca de 3 meses com fistula ativa em perna direita. Apresentando alteração de ureia e creatinina em acompanhamento com Nefrologia.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA

Levofloxacino (D0= 28/12/18) em dias alternados sob orientação de Nefrologia e CCIH/ Sintomáticos

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

O MESMO ACIMA

CONDICÕES CLÍNICAS NA ALTA

Paciente nega queixas no momento. MID: FO sem saída de secreção purulenta, sem sinais flogísticos, granulada, em remissão de tamanho e em cicatrização

MOTIVO DA ALTA	DATA
CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/>	IML ___ EVO ___ SO ___

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

Retorno ao ambulatório de Dr Hygino em 2 semanas a partir de hoje

Forneço laudo + atestado + receita de Levofloxacino 500mg 48/48h por 2 semanas e de sintomáticos + solicitação de fisioterapia motora e de radiografia para o retorno + oriento manter cuidados diários com o curativo e em caso de piora retornar imediatamente a emergência

DATA: 25/01/19

Médico Responsável

Dr. Hanna Emile
Médica
FMEC 17984 CRM-PE 26633



NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: 20/11/18

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

- IDADE > OU IGUAL 65 ANOS
- CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
- COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
- DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
- PREJUÍZO DO EQUILÍBrio DA MARCHA
- DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINuíDA
- HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
- ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA)
- OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPOREA
- SEDAÇÃO/ANESTESIA
- MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
- URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
- HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
- PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO
MSD.

COLOCADO PULSEIRA ROXA

NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

SIM

NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, ansiolítico, hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

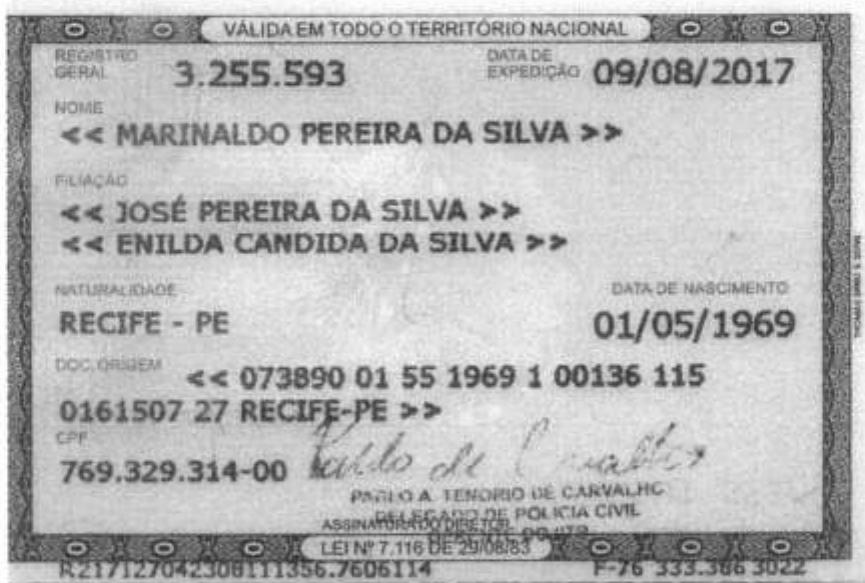
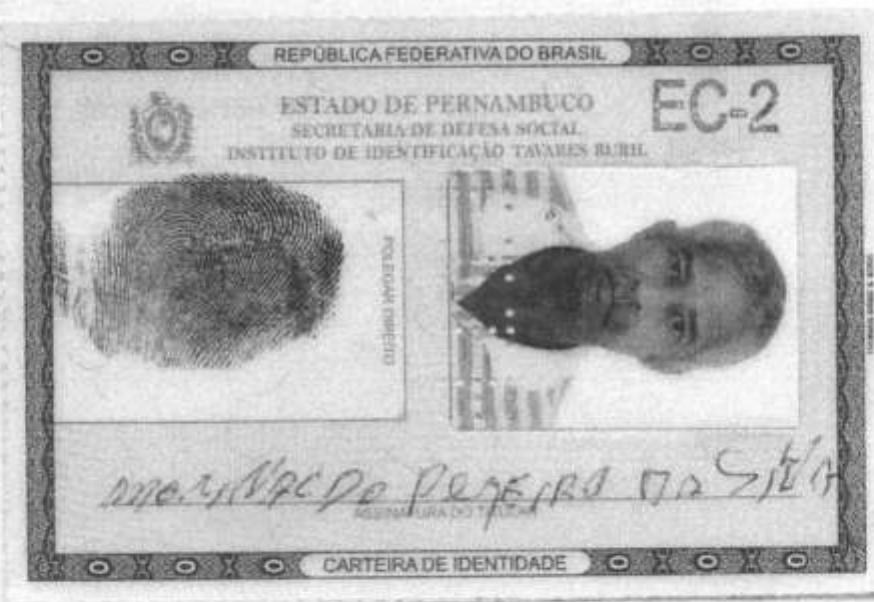
ICGV 1028 V 1 2013

Av. Presidente Silveira Martins, 490 - Condado
Recife/PE CEP 50.630-050
Fone: (81) 31843600

SEGURÓ DPVAT

10 JUN. 2019

EXCELSIOR SEGUROS





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **769.329.314-00**

Nome: **MARINALDO PEREIRA DA SILVA**

Data de Nascimento: **01/05/1969**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:34:20** do dia **08/03/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **2238.F35C.AFE0.A2A0**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





EXCELSIOR SEGUROS
11 ABR 2018
SEGURU / D...

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180166568 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/06/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: NO DIA DO ACIDENTE, FOI REALIZADO REDUÇÃO DE DANOS COM LAVAGEM E FIXAÇÃO EXTERNA. EM 30/06/2017, FOI RETIRADO FIXADOR E REALIZADO OSTEOSÍTESE DEFINITIVA COM PLACA E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA MOTORA. ALTA ORTOPÉDICA
APRESENTA DEFORMIDADE DE JOELHO, DESVIO EM VARO COM HIPOTROFIA IMPORTANTE DE PANTURRILHA, DIFICULDADE DE MARCHA COM CLAUDICAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR DE JOELHO

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Manoelzinho Souza da SilvaDATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 769.329.314-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____E-MAIL _____ TELEFONE (_____) Documentos Digitalizado

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

 CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA, MÊNOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

EXCELSOR SEGUROS

19/10/18

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* Morte = R\$ 13.500,00
 * Invalidez Permanente = Até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.
 * Despesas Médicas (DAMS) = Reembolso até R\$ 2.700,00 (reembolso). Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas.

- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

DATA 19/10/18

IDENTIDADE _____

NOME Raphaelle Carvalho

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÊNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE