



Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2016

Carta nº: 9105891

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3160273072 ASL-0839977/16
Vitima: MARILENE GOMES FERRAZ
Data Acidente: 26/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,





Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2016

Carta n°: 9106914

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3160273072 ASL-0839977/16
Vitima: MARILENE GOMES FERRAZ
Data Acidente: 26/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **02/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/09/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2016

Carta nº: 9401075

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3160273072 ASL-0839977/16
Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ
Data Acidente: 26/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

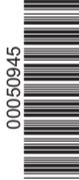
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2016

Carta n°: 9466874

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3160273072 ASL-0839977/16
Vitima: MARILENE GOMES FERRAZ
Data Acidente: 26/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: MARILENE GOMES FERRAZ

Valor: R\$ 11.812,50

Banco: 033

Agência: 000004007

Conta: 000001002676-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	11.812,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARILENE GOMES FERREIRA, PORTADOR(A) DO RG N° 1.868.598 SSP-PE EXPEDIDO POR SSP-PE EM 03/09/11/12 E CPF 00000000000-00 /CNPJ 00000000000-00, PROFISSÃO PESCA/PESCADOR E RENDA MENSAL DE R\$ 00,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARILENE GOMES FERREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4007 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01-002676-7

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

DOCUMENTO 1 *T10%*



Recife 23 de Março de 2016 Mariene Gomes Ferreira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

23

CAIXAS ELETRONICOS SANTANDER
SALDO DE CONTA CORRENTE

22/03/2016 15:06:16 DATA CONTABIL:22/03/2016
LOCAL: 033.4016 - RECIFE-RUA
TRANSACAO: 0660048 TERMINAL: 0000172

MARILENE GOMES FERRAZ
BANCO: 033 AGENCIA: 4007 CONTA: 01-002676-7

SALDOS

SALDO CONTA CORRENTE	68,85-
(-) PROVISAO DE ENCARGOS *	4,24-
(=) SALDO DISPONIVEL C/C	68,85-
(+) LIM SANTANDER MASTER	3.100,00
(=) SALDO DISPONIVEL TOTAL	3.031,15

*VALORES NAO DEDUZIDOS DO SALDO DISPONIVEL

SANTANDER MASTER

TAXA DE JUROS	14,95%AM
---------------	----------

SALDOS DE POUPANCA

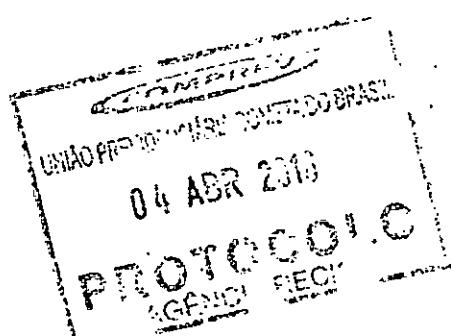
POUPANCA	SALDO
4007-68-014712-0	1.410,35

INFORMACOES PARA SIMPLES CONFERENCIA,
ATUALIZADAS ATÉ DATA E HORA ACIMA E
SUJEITAS A ALTERACOES.

CREDITO PESSOAL SANTANDER. DINHEIRO RAPIDO SEM
BUCRACIA E ATÉ 60 MESES PARA PAGAR. ACESSE A
OPCAO EMPRESTIMOS DO CAIXA ELETRONICO E CONHECA
AS CONDICOES. SUJEITO A ANALISE DE CREDITO.

BIOMETRIA

CADASTRE SUA DIGITAL EM QUALQUER AGENCIA
SANTANDER E TENHA MAIS PRATICIDADE
E SEGURANCA NO SEU DIA A DIA.



3X

DOCUMENTO 1 "T1%"



Ruth

SEGURADESSA S.A.

05-07-2016
08 JUL 2016



SALDOS DE CONTA

Subproduto: 8949 SANTANDER MASTER

Agência: 4007 RECIFE-SANTO ANTONIO

Conta: 0033 4007 010026767 Moeda: BRL

Nome: MARILENE GOMES FERRAZ

**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

Nome do(a) Examinado(a): Marilene Gomes Ferraz
Endereço do(a) Examinado(a): Rua da Olaria, 210 B
Torreões Recife PE CEP: 50640-160
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 1868548
Data local do exame: [23/07/2016] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Fratura de plato tibial esquerdo contusao no ombro esquerdo com rotura de tendao.
Limitacao importante da adm do ombro sobretudo a abducao com limitacao apos os 30 graus, hipotrofia do m. deltoide em grau importante com reducao importante de força no membro a elevacao lateral, forca global da mao preservada. Limitacao da adm do joelho esquerdo com desvio em varo associado a hipotrofia muscular e reducao da forca a extensao da perna em grau moderado.Marcha claudicante.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Limitacao e reducao de força no membro superior e inferior esquerdo.

Data da alta: Setembro de 2015

Tratamento cirurgico para fratura de plato tibial e no primeiro momento conservador para contusao do ombro esquerdo, sendo posteriormente submetida a tratamento cirurgico. Fez fisioterapia.

Complicações: nao houve.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitacao importante da adm do ombro sobretudo a abducao com limitacao apos os 30 graus, hipotrofia do m. deltoide em grau importante com reducao importante de força no membro a elevacao lateral, forca global da mao preservada. Limitacao da adm do joelho esquerdo com desvio em varo associado a hipotrofia muscular e reducao da forca a extensao da perna em grau moderado.Marcha claudicante.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Membro superior - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior - Lado Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Victor Borba

Dr. Victor Borba
CREMEPE 21266

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO -
VÁRZEA - DP14ª CIRC DIM/4ª DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 14EO104007015

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/12/2014** às **08:55**

ATROPELAMENTO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumador) que aconteceu no dia 26/9/2014 às 16:45

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE TORROES (BAIRRO), 1 - Bairro TORROES - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARILENE GOMES FERRAZ (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a)
DESCONHECIDO**

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

**MARILENE GOMES FERRAZ (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA CARMO FERRAZ Pai: JOSE GOMES FERRAZ Data de Nascimento: 30/10/1954 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA DA OLARIA, 210 - CEP: - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE FOI ATRAVESSAR A AVENIDA ABDIAS DE CARVALHO NAS PROXIMIDADE DA UPA DOS TORROES , QUANDO UM MOTOQUEIRO DE PLACA KGF 0276 DE JABOTATÔ -PE. ACABOU O ATROPELANDO, VINDO A MESMA A SER

SOCORRIDA PELO SAMU PARA UPA DOS TORROES E EM SEGUIDA AO HOSPITAL DO ESPINHEIRO. CONFORME ATESTADO APRESENTADO.

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

Marielene Gomes Ferraz
MARIENE GOMES FERRAZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **AURICELIO DOS SANTOS DE OLIVEIRA** - Matrícula: 350602-9

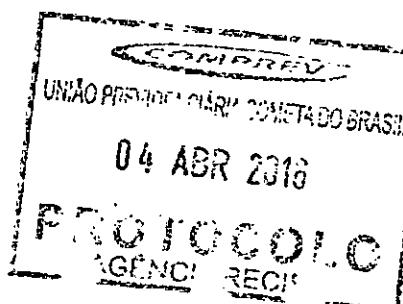
6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Rua Engenheiro Ubaldino Gomes de Moraes, 53 - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE - Fone: (81) 3114-4579 - e-mail: cartorioroma@recife.pe.br

Cópia autênticada conforme original: N°. f.º.
Recife-PE 17/03/2016 08:46:08. Em testemunha da verdade.
Emol:2,79 TSNR:0,62 TOTAL3,72
SELO:0077248.LFH02201601.41594

EDUARDO HENRIQUE DE PINHEIRO

Rejane Estevão Cipriano Escrivãne autorizado





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marilene Gomes Ferraz, portador da carteira de identidade nº 1.868.548 SSP/R e inscrito no CPF/MF sob o nº 326.503.534-49, residente e domiciliado na Rua da Olaria, 210, apto B, Tancrez, Cidade Recife, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

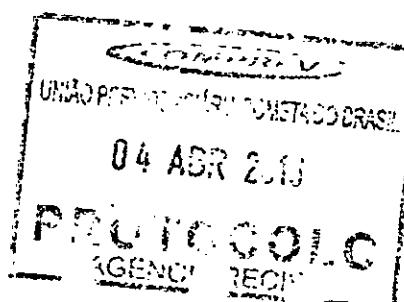
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Recife, 23 de Maio de 2016

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Xupilene Gomes ferraz.
Local e data



A



POD VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 161.02.2016
EM: 09.03.2016

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **MARILENE GOMES FERRAZ**, portadora de Documento de Identidade RG nº **1868548** SSP/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **326.503.534-49**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência nº **1072219**, que no dia 26 de setembro de 2014, foi atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano Lagoa do Carro, vítima de atropelamento, por volta das 17h05, na Avenida Abdias de Carvalho, bairro de Torrões, Recife – PE e, em seguida, encaminhada para uma Unidade Hospitalar.

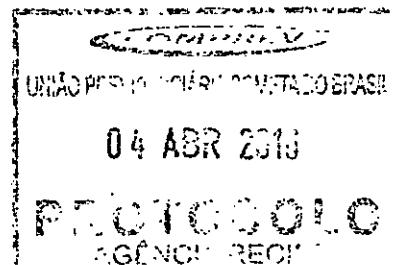
Recife, 09 de março de 2016.

DOCUMENTO 2 *T2%



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

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



DOCUMENTO 1 *T1%*



POD VOCÊ TRABALHANDO SEU PARAR.



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA N°. 161.02.2016
EM: 09.03.2016

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **MARILENE GOMES FERRAZ**, portadora de Documento de Identidade RG n° **1868548** SSP/PE e inscrita no CPF/MF sob o n° **326.503.534-49**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência n° **1072219**, que no dia 26 de setembro de 2014, foi atendida pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano Lagoa do Carro, vítima de atropelamento, por volta das 17h05, na Avenida Abdias de Carvalho, bairro de Torrões, Recife - PE e, em seguida, encaminhada para uma Unidade Hospitalar.

Recife, 09 de março de 2016.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.

08 JUL 2016

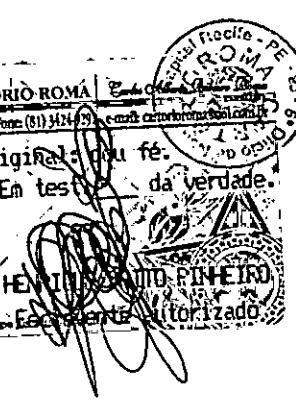
PROV. VULO

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife
Sérgio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE CARTÓRIO ROMA

Rua Engenheiro Chalão Gomes de Matos, 13 - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE - Fone: (81) 3124-4299

Cópia autenticada conforme original da sua fé.
Recife-PE 17/03/2016 08:46:08. Em teste da verdade.
Enol:2,79 TSNR:0,62 TOTAL3,72
SELO:0077248.KRZ02201601.41591
EDUARDO HENRIQUE RODRIGO PINHEIRO
Rejane Estevão Cipriano. Escrevente. Autorizado.
Escrevente. Consulte a autorização online em www.tce.pe.br



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/07/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 11.812,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARILENE GOMES FERRAZ

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04007

CONTA: 00001002676-7

Nr. da Autenticação A2DB23CAE93634A2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARILENE GOMES FERREIRA,

RG nº 1.868.548, data de expedição 03/09/1992 Orgão SSP - PE,

CPF nº 326.503.534-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DOCUMENTO 2 "T24"

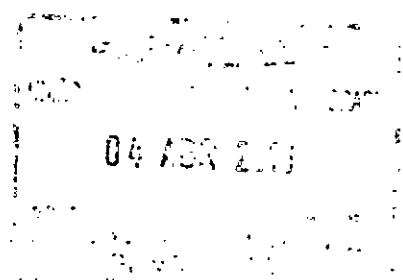


Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua do Olaria</u>
Número	<u>210</u>
Apto / Complemento	<u>CASA - B</u>
Bairro	<u>Torres</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>50.640 - 160</u>
Telefone de Contato	<u>98774-3744</u>
E-mail	<u>Não possui</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 23 de maio de 2016

Assinatura do Declarante: Marilene Gomes Ferreira



25

	033-7	03399.49281 36981.601903 25381.501029 1 0000000000000000				
Agência Recebedora Pagável preferencialmente no banco Santander						Vencimento 01/02/2016
Beneficiário Banco Santander (Brasil) S A - CNPJ 90 400 888/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011						Agência/Cód. Beneficiário 050 04 92836 9
Data Documento 19/01/2016	Número do Documento 4007669993948255	Especie FT-CI	Aceite N	Data Process 19/01/2016	Nosso Número 8160190253815	Vencimento 01/02/2016
Uso Banco CENTRAL	Carteira COB	Especie RS	Quantidade	Valor	Valor do documento 4007669993948255	Total desta Fatura R\$ 19,52
Instruções	PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO <VALOR DO DOCUMENTO> FATURAS PAGAS APÓS O VENCIMENTO TERÃO ACRESCIMO E ENCARGOS, CALCULADOS A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO E INCLUIDOS NA SUA PRÓXIMA FATURA MENSAL. APÓS 21/02/2016, PAGAR SOMENTE NAS AGENCIAS DO SANTANDER.					Pagamento Mínimo R\$ 19,52
						Valor Pago R\$
						RECIBO DO CLIENTE
						Autenticação no verso

CTC RECIFE PE PL1

7208288526272561174000618130210116

MARILENE GOMES FERRAZ
R DA OLARIA 210
CS B TORROES
50640-160 RECIFE PE

0019508

Barcode

Barcode

Pagador

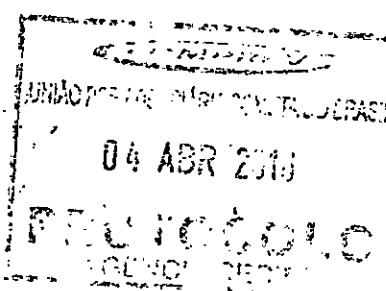
Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação

Dica: Pagamentos avulsos podem ajudar a reduzir
em que clamar necessidade.

Pagamentos avulsos de quinquais, no momento
importante: Lembrar-se de que, se você for nosso
não pagamento pode considerar o cancelamento do cartão.

Importante: Lembrar-se de que, se você for nosso
correntista e caso o pagamento da sua fatura não ocorra
não pagamento pode considerar o cancelamento do cartão.



Nome: MARILENE GOMES FERRAZ
Dt. Nasc.: 30/10/54 - 59 ano (s)
Mãe: MARIA CARMO FERRAZ
Endereço: R DEZESSEIS DE OUTUBRO, nº 1, TORRÕES. RECIFE - PE
Data/hora: 26/09/2014 - 16:45

Nº registro: 392679
Sexo: Feminino
Fone:
Nº pág.: 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: ORTOPEDIA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

- QUEIXA
- PCTE TRAZIDO PELO SAMU, REFERE DOR EM MMEE APOS TRAUMA. PCTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HA 30 MIN.

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

NEGA DME ALERGIA MEDICAMENTOSA.,

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 5
- DOR 5

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, HA MAIS OU MENOS 1HORA.

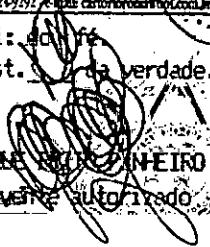
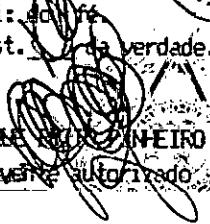
FOI TRAZIDA PELO SAMU.

AO EXAME: DOR EM REGIÃO DE JOELHO ESQUERDO E OMBRO ESQUERDO.

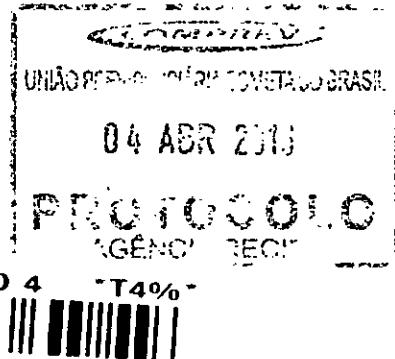
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA | CABEÇA ?<? | CÔNDILOS ?#? DA TÍBIA,
COM OU SEM MENÇÃO DE| EPÍFISE PROXIMAL ?#? | FRATURA DO PERÔNIO [FÍBULA]
TUBEROSIDADE ?>?

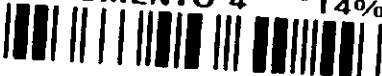
S400 - CONTUSÃO DO OMBRO E DO BRAÇO|

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA
Rua Engenheiro Abdias de Carvalhos, 53 - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE - Fone: (81) 3426-9292 - E-mail: cartorioroma@bol.com.br
Cópia autênticada conforme original: ad. fe.
Recife - PE 17/03/2016 08:46:08. Em test. da verdade.
Enol:2,79 TSNR:0,62 TOTAL3,72
SELO:0077248.AGS02201601.41629
Estevão Cipriano EDUARDO HENRIQUE RIBEIRO
Assinatura AUTORIZADA 

Atestado de que a assinatura é autêntica.
www.selo.gpe.com.br

OF
4530098



DOCUMENTO 4 - T4% -



Esta conta dever ser paga com recursos publicos.

Nome: MARILENE GOMES FERRAZ
Dt. Nasc.: 30/10/54 - 59 ano (s)
Mãe: MARIA CARMO FERRAZ
Endereço: R DEZESSEIS DE OUTUBRO, nº 1, TORRÕES. RECIFE - PE
Data/hora: 26/09/2014 - 17:46

Nº registro: 392679
Sexo: Feminino
Fone:
Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCaminhamento E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, TRAZIDA PELO samu, COM FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: () Temperatura: °

PA: x mmHg HGT: mg/dL

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, HA MAIS OU MENOS 1HORA.

FOI TRAZIDA PELO SAMU.

AO EXAME: DOR EM REGIÃO DE JOELHO ESQUERDO E OMBRO ESQUERDO.

CONDUTA:

REALIZADO RAIO-X MEDICADA COM AINH, IMOBILIZADA COM TALA ENGESSADA PROVISORIA COXO-PODALICO

Exames Complementares/Resultados:

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA | CABEÇA ?<? | CÔNDILOS ?#? DA TÍBIA,
COM OU SEM MENÇÃO DE| EPÍFISE PROXIMAL ?#? FRATURA DO PERÔNIO [FÍBULA]
TUBEROSIDADE ?>?

OBSERVAÇÕES :

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

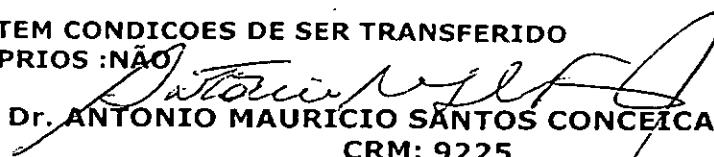
Transferência encaminhado para: Hosp. Otávio de Freitas

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 4530098

ou HAP VID

ESTE PACIENTE TEM CONDIÇÕES DE SER TRANSFERIDO
POR MEIOS PRÓPRIOS :NÃO


Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO
CRM: 9225

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE. CARTÓRIO ROMA

Rua Engenheiro Abdias de Carvalhos, 55 - Centro - CEP 5010-310 - Recife - PE - Fone: (81) 3184-4440 - e-mail: cartorioroma@recife.pe.br

Cópia autenticada conforme original da fé.

Recife-PE 17/03/2016 08:46:08. Em teste da verdadeira.

Enol:2,79 TSNR:0,62 TOTAL3,72

SEL0:0077248.ESB02201601.41632

Esteve autorizado: ESTEVÃO CIPRIANO GUARDO HENRIQUE FERREIRA NETO

vante Autorizado: Esteve autorizado: Escrivão autorizado

Consulte a autenticidade do selo em www.ipa.mt.gov.br

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

Nome: MARILENE GOMES FERRAZ
Dt. Nasc.: 30/10/54 - 59 ano (s)
Mãe: MARIA CARMO FERRAZ
Endereço: R DEZESSEIS DE OUTUBRO, nº 1, TORRÕES. RECIFE - PE
Data/hora: 26/09/2014 - 16:45

Nº registro: 392679
Sexo: Feminino
Fone:
Nº pág.: 2/2

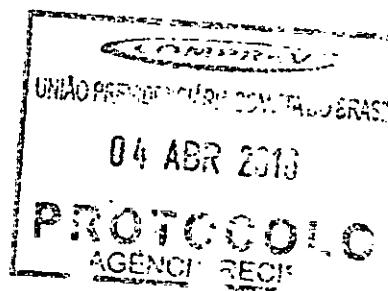
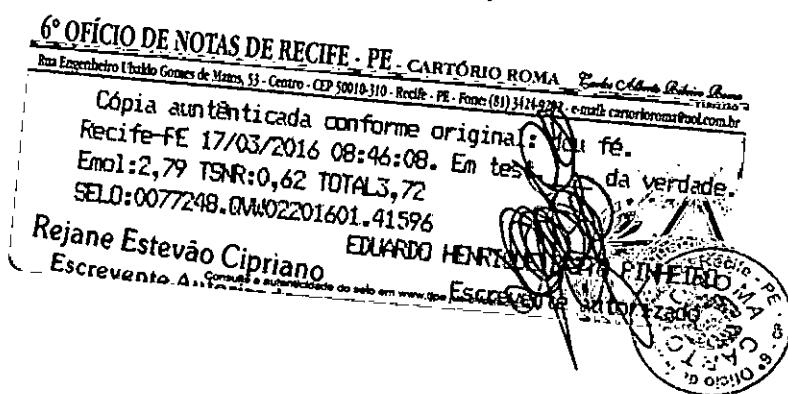
Resultados de Exames:

RAIO-X APRESENTA FRATURA DO CANAL TIBIAL ESQUERDO.

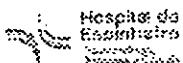
Evolução do paciente:

FEITO RAIO-X, + MEDICAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERIDA ATRAVÉS DA CENTRAL DE LEITOS


Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO
CRM: 9225



Esta conta dever ser paga com recursos públicos.



**FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento

10046630



16/11/2015 08:23:18

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
2531058	MARILENE GOMES FERRAZ		F	30/10/1954	61
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
	32650353449			2-SOLTEIRO	
Endereço					
AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE-PE CEP:50060002					
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe			
8774-3744		MARILENE GOMES FERRAZ			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
19/10/2015	14:41		
Médico Atendente	Clinica		
1373625 RINALDO ROCHA LUCENA	5-ORTOPEDICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
1373625 RINALDO ROCHA LUCENA	0 INTERNACAO		
Avaliação médica			

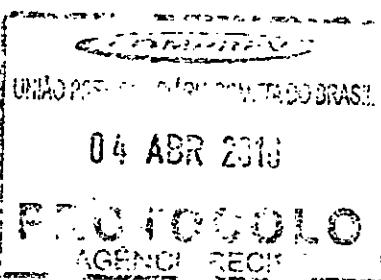
DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano PAQUETA CALCADOS S/A		
3002-HAPVIDA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
16495000119012023			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1153953	99996666	949993620	INTERNACAO
1153953	30735068	949993620	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR
1153953	30735033	949997250	ACROMIPLASTIA





BOLETIM DE CIRURGIA

Nº Leito: Marlene G. Ferrey Atendimento: _____ Data: _____ / _____ / _____
 Nome: _____ Idade: _____ Sexo: M F
 Diagnóstico Clínico: _____ Diagnóstico Cirúrgico: _____

CIRURGIA PROPOSTA		PROCEDIMENTO REALIZADO	
<u>tto. lesão Mangreta abdominal</u>		<u>tto. lesão Mangreta abdominal</u>	
TIPO DE ANESTESIA		MATERIAL ESPECIAL LIBERADO	
<u>Bloqueio</u>			
POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO			
LIMPA	CONTAMINADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA	INFECTADA
INÍCIO: _____ : _____ hs		TÉRMINO: _____ : _____ hs	

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1- Acessório + ventre na via de apreensão tampo
2- Afogamento para hemostasia
3- Peritonite avascular da lesão da Mangreta
Lesão i reparaçao + drenagem fortificada
4- Eliminação das massas edematiárias
5- Sutura com monofilamento
6- Curativo

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>
Especificar: <u>Instrumento aberto - Andrey Beltrão</u>
Rinaldo Lucena Cirurgia Ortopédica Rinaldo Lucena Cirurgia Ortopédica 11/11/12 11/11/12

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO:		
USO DE DRENO(S)	CONTAGEM DE COMPRESSAS	PEÇAS OPERATÓRIAS
NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Quantidade no início: _____ Quantidade no término: _____	<input type="checkbox"/> Anátomo Patológico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Congelação Resultado: _____ Especificar: _____
USO DE DRENO(S)	CONTAGEM DE COMPRESSAS	PEÇAS OPERATÓRIAS
NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Quantidade no início: _____ Quantidade no término: _____	<input type="checkbox"/> Anátomo Patológico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Congelação Resultado: _____ Especificar: _____

Emissão 19/10/2015 20:11:16

scrição: 0006213537 Atendimento: 10046630
Ité: MARILENE GOMES FERRAZ

Prontuário: 2531058
Convenio: HAPVIDA

Data: 19/10/2015 Hora: 18:58

Posto: POSTO 1 - ANDAR - HE

Peso: 70,00 kg Leito: 103-HE/2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

HORÁRIOS

VAS VITais

6/6h

IDADOS GERAIS

6/6h

Tratamento 2 Fases

Vol. Total: 500 ml

nosa RO FISIOLOGICO 0,9% 20 ml/Kcal/dia 500ml

FRAP (C/IGR) 1g 10 ml

IFAZOLINA SODICA (1,0g)

Agua Destilada

'LEX (30,0mg)

30 mg

1 COMF(C/30MG)

AMET (5,0mg/ml)

Agua Destilada

10 mg

2ML (AMPL C/10MG)

18 ml

\POTEN (25,0mg)

25 mg

1 COMF(C/25MG)

PIRONA (500,0mg/ml)

Agua Destilada

2000 mg

4ML (AMPL C/500MG)

18 ml

RADOL (1,0mg)

30 mg

(AMPL C/30MG)

ROFIX

Ass.

se pa diastolica > 110

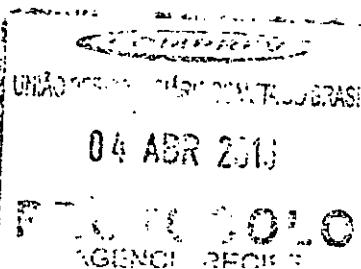
mm hg

o para o SIND

Ass.

J. P. Ribeiro Lopes
Cirurgião-Dentista
20141112PE

Enfermeira
COREN/PE 380519





**Hospital do
Espinheiro**
Traumatologia,
Ortopedia e Cirurgia

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome do paciente: Maria da Conceição
Idade: _____ Leito: _____ Dias de internação: _____
HD: _____ Unidade: _____

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO

EXAME FÍSICO

- | | |
|--|--|
| 1. Nível de Consciência e Comportamento | 8. Controles Vitais (Média do Período) |
| 2. Comunicação / Respostas | 9. Drenos, Sondas, Catéteres e Ostomias |
| 3. Locomoção / Sono e Repouso | 10. Membros / Sistema Vascular |
| 4. Tórax / Suporte Respiratório e Cardíaco | 11. Pele / Evolução da Ferida |
| 5. Ingesta | 12. Sinais e Sintomas Referidos |
| 6. Abdome / Sistema Respiratório | 13. Exames e Procedimentos Realizados |
| 7. Eliminações | 14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro |

U4 AGR ZJG
volução de Enfermagem COD 147376

PROTOSOL
AGENCY DEPT.

4

Emissão 20/10/2015 10:30:22

scrição: 0006213920 Atendimento: 10046630
ite: MARILENE GOMES FERRAZ

Protocolo: 2531058
Convenio: HAPVIDA

Data: 20/10/2015 Hora: 07:30
Posto: POSTO 1 - 1ANDAR - HE
Peso: 70,00 kg Lípido: 103,00

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ESTAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

HORÁRIOS

Martine Maria F.
Elisa Vieira
COREN-PE 380.513

*António Maria F
Entrepeneira
SOREALPE 380.513*



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome do paciente: _____
Idade: _____ Leito: _____ Dias de internação: _____
HD: _____ Unidade: _____

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO	EXAME FÍSICO
1. Nível de Consciência e Comportamento	8. Controles Vitais (Média do Período)
2. Comunicação / Respostas	9. Drenos, Sondas, Catéteres e Ostomias
3. Locomoção / Sono e Repouso	10. Membros / Sistema Vascular
4. Tórax / Suporte Respiratório e Cardíaco	11. Pele / Evolução da Ferida
5. Ingesta	12. Sinais e Sintomas Referidos
6. Abdome / Sistema Respiratório	13. Exames e Procedimentos Realizados
7. Eliminações	14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro



EVOLUÇÃO MÉDICA

Unidade: Manteres Leito: _____ Atendimento: _____
 Nome: Manteres L. Fernandes Hora: _____ DIH: _____
 Data: _____ / _____ / _____

DIAGNÓSTICO	COMORBIDADES	MEDICAMENTOS EM USO
<u>Lesão de mangente</u>		

EVOLUÇÃO

EXAME FÍSICO	
EXAME FÍSICO GERAL:	<u>Bom</u>
NEURO:	<u>N/N</u>
ACV:	<u>N/N</u>
AR:	<u>N/N</u>
ABDOME:	<u>N/N</u>
EXTREMIDADES:	
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:	

CONDUTAS	PENDÊNCIAS
<u>Anterolateral</u> <i>Rinaldo Lusen Cirurgia Ortopédica CRM 11.112</i>	

FORM 011 ASS MÉDICA EVOLUÇÃO MÉDICA REV02

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM/CARIMBO

04 ABR 2018



Hospital do
Espinheiro
Traumatologia,
Ortopedia e Cirurgia

EVOLUÇÃO MÉDICA

Unidade: MATRIZ Leito: _____ Atendimento: _____
Nome: Maria da Paixão

DIAGNÓSTICO	MEDICAMENTOS EM USO
<p>Bruxismo</p>	

Evolução Médica COD 76546

04-ABR-2013

GENE

8

01/10/2014 17:58:49

ESTE PRONTUÁRIO É PROPIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL				
Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento
2531058	MARILENE GOMES FERRAZ		F	30/10/1954
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil
	32650353449			2-SOLTEIRO
Endereço				
AV CONDE DA BOA VISTA 0 BOA VISTA RECIFE-PE CEP:50060002				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
8774-3744		MARILENE GOMES FERRAZ		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

300460-RECEPCAO PRINCIPAL - HE

Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
27/09/2014	07:22		
Médico Atendente			Clinica
104841 PAULO CEZAR VIDAL ALBUQUERQUE			5-ORTOPEDICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
104841 PAULO CEZAR VIDAL ALBUQUERQUE			0 INTERNACAO

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

DADOS DO CONVENIO	
Convenio	Plano PAQUETA CALCADOS S/A
3002-HAPVIDA	2-PLANO EMPRESA APARTAMENTO - COLETIVO
Carteira	Validade
16495000119012015	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
POSTO 1 ANDAR - HE	ENF110 ENFERMARIA	01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição	
1264580	99996666	750588640	INTERNACAO	
1264580	52130150	750588640	FRATURAS DO JOELHO - TRATAMENTO CIRURGICO	
1264580	52200019	750767235	TRACAO TRANSESQUELETICA (POR MEMBRO)	
1264580	30732026	752720384	ENXERTO OSSEO	
1264580	32040083	132678295	PERNA (MEMBROS INFERIORES)	
			HEMOGRAMA COMPLETO (ERITROGRAMA + LEUCOGRAMA + AVALIACAO	NF OK

2 F OK

04 AGR 201

04 ABR 2016



Nome:

Assunção de Souza Fer

Cirurgião:

Felipe GZ Vaz 1º Auxiliar: Cláudia Fer

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia:

Data da Operação:

27/09/2016

Inicio:

Fim:

Anestésicos:

Diagnóstico Pré-operatório:

Fratura Penílito Fr.

Operação:

Molens facundo + Trigo,

Diagnóstico Pós-Operatório:

Esquerda

6

DESCRICAÇÃO OPERATÓRIA

Sob escravo

Molens e trigo 9 fev. 2016

Kirschner 3x3

Dr. Paulo Cezar Vaz
Prof. Traumato-Ortopedista
ESCRITÓRIO
61321

CONFIRMADO

UNIÃO PREFEITAL MUNICIPAL CONSTITUCIONAL BRASIL

04 ABR 2016

PROTÓCOLO

AGENDA 2016

24



Hospital do
Espinheiro
Traumatologia,
Ortopedia e Cirurgia

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome:

Cirurgião:

2º Auxiliar:

Anestesista:

Data da Operação:

Anestésicos:

Diagnóstico Pré-operatório:

Operação:

Diagnóstico Pós-Operatório:

1º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Início:

Fim:

DESCRICAÇÃO OPERATORIA

Sob anestesia geral
próprio nro
Clínica op. C/ P/PT
Anexo BPS
Solicita ola fse h
do nsdoto
fisico c/ 2 fracturas
Geral bles

01/10/2014

UNIÃO FEDERATIVA DA BAHIA - BRASIL

04 ABR 2013

PROTÓCOLO
GRANDE REC

Identificação: 0005367195 Atendimento: 8080585
MARILENE GOMES FERRAZ

Prontuário: 2531058
Convenio: HAPVIDA

Data: 27/09/2014
Posto: POSTO 1ANDAR - HE
Peso: 90,00 kg
Lote: ENF110/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

HORÁRIOS

:T (5,0mg/ml) 10 mg 2ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV

18:00 ; 28/09-02:00

INE (40,0mg/ml) Agua Destilada 40 mg 0,4ML (SERIC/40MG) 24/24h SC

06:00 ;

ADOL (50,0mg/ml) Soro Fisiológico 0,9% 50 mg 1ML (AMPL C/50MG) 8/8h EV

23:00 ; 28/09-06:00

CNA (500,0mg/ml) Agua Destilada 1000mg 2ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV

18:00 ; 28/09-00:00 ; 28/09-06:00

RAZOL (40,0mg) Agua Destilada 40 mg 1FRAP (C/40MG) 24/24h EV

06:00 ;

FISIOLOGICO 0,9% (0,9g/ml) Agua Destilada 500ml (TUBO C/9GR) 12/12h EV

18:00 ; 28/09-06:00

VITais DOS GERAIS

6/6h 6/6h

12:00 ; 18:00 ; 28/09-00:00 ; 28/09-06:00

B.O.SND

IX

Ass.

OON

PA = 180 + 90

P = 63

R = 58

+ - 362

364

trof co lep so lep hkg

06 h

Dr. Adeliane Reis

CRM 12404

PA = 115 + 60

P = 89

R = 19

93/83

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão 28/09/2014 08:14:23

Página 1 de 2

Nº Prescrição: 0005368066 Atendimento: 8080585
 Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ

Prontuário: 2531058 Data: 28/09/2014
 Convenio: HAPVIDA Posto: POSTO 1ANDAR - HE
 Peso: 90.00 kg Leito: ENF1101

T: 36
 R: 19
 P: 87

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

HORÁRIOS

PA: 26
 T: 36
 R: 19
 P: 86

2. PLAMET (5.0mg/ml)

Agua Destilada

10 mg 2ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV

~~14:00~~ : 21:00 ; 29/09-06:00 :

~~14:00~~ : 21:00 ; 29/09-06:00 :

PA: 26
 T: 36
 R: 19
 P: 87

3. CLEXANE (40.0mg/ml)

Agua Destilada

40 mg 2ML (AMPL C/10MG) 24/24h SC

06:00 : 21:00 ; 29/09-06:00 :

06:00 : 21:00 ; 29/09-06:00 :

PA: 26
 T: 36
 R: 19
 P: 86

4. TRAMADOL (50.0mg/ml)

Soro Fisiologico 0,9%

50 mg 1ML (AMPL C/50MG) 8/8h EV

~~14:00~~ : 21:00 ; 29/09-06:00 :

~~14:00~~ : 21:00 ; 29/09-06:00 :

PA: 26
 T: 36
 R: 19
 P: 86

5. DIPIRONA (500.0mg/ml)

Agua Destilada

1000mg 2ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV

~~12:00~~ : 18:00 ; 29/09-06:00 ; 29/09-06:00 :

~~12:00~~ : 18:00 ; 29/09-06:00 ; 29/09-06:00 :

PA: 26
 T: 36
 R: 19
 P: 86

6. OMEPRAZOL (40.0mg)

Agua Destilada

40 mg 1FRAP (C/40MG) 24/24h EV

~~06:00~~ : 21:00 ; 29/09-06:00 :

~~06:00~~ : 21:00 ; 29/09-06:00 :

PA: 26
 T: 36
 R: 19
 P: 86

7. SORO FISIOLOGICO 0,9% (0.0g/ml)

500ml

(TUBO C/9GR) 12/12h EV

12:00 : 29/09-06:00 :

12:00 : 29/09-06:00 :

PA: 26
 T: 36
 R: 19
 P: 86

8. SINAIS VITais

6/6h

12:00 : 18:00 ; 29/09-00:00 ; 29/09-06:00 :

12:00 : 18:00 ; 29/09-00:00 ; 29/09-06:00 :

12:00 : 18:00 ; 29/09-00:00 ; 29/09-06:00 :

PA: 26
 T: 36
 R: 19
 P: 86

9. CUIDADOS GERAIS

Reservado para o SND

6/6h

12:00 : 18:00 ; 29/09-00:00 ; 29/09-06:00 :

12:00 : 18:00 ; 29/09-00:00 ; 29/09-06:00 :

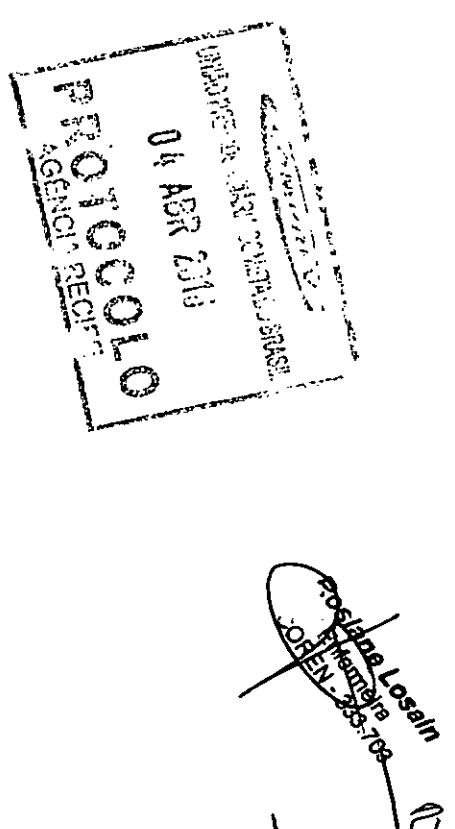
12:00 : 18:00 ; 29/09-00:00 ; 29/09-06:00 :

PA: 26
 T: 36
 R: 19
 P: 86

ENTEROFIX

Ass.

*Dr. Bruno Cesar Vidal
 Prof. Dr. Bruno Cesar Vidal
 000-8211*



PROTÓCOLO

AGÊNCIA RECIF

PRESCRIÇÃO MÉDICO - Aprazamento

Página 1 de 3
Emissão: 29/09/2014 08:02:43

Nº Prescrição: 0005368845 Atendimento: 8080585 Prontuário: 2531058
 Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ Convenio: HAPVIDA

Data: 29/09/2014 Hora: 07:08
 Posto: POSTO 1ANDAR - HE Peso: 90,00 kg Letro: ENF1104

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

2. PLAMET (5,00mg/ml) 10 mg 2ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV

~~14:00 : 21:00~~

: 30/09-06:00 :

Agua Destilada 18 ml

: 06:00 :

3. CLEXANE (40,0mg/ml) 40 mg 0,4ML (SERI C/40MG) 24/24h SC

: 06:00 :

4. TRAMADOL (50,0mg/ml) Soro Fisiológico 0,9% 50 mg 1ML (AMPL C/50MG) 8/8h EV

: 14:00 : 21:00

; 30/09-06:00 :

5. OMEPRAZOL (40,0mg) Agua Destilada 40 mg 2ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV

: 06:00 :

6. DIPIRONA (500,0mg/ml) Agua Destilada 1000 mg 2ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV

: 12:00 : 18:00

; 30/09-00:00 ; 30/09-06:00 :

7. SORO FISIOLOGICO 0,9% (0,0g/ml) 500 ml (TUBO C/9G) 12/12h EV

: 12:00 :

8. PUNCAO C/ JELCO 24/24h

: 12:00 : 18:00

; 30/09-00:00 ; 30/09-06:00 :

9. SINAIS VITAIS 6/6h

: 12:00 : 18:00

; 30/09-00:00 ; 30/09-06:00 :

10. CUIDADOS GERAIS Reservado para o SND

: 18h

: 12:00 :

ENTEROFIX Ass.

: 24:00

: 12:00 :

PA = 140 x 80

: 12:00 :

: 18:00

T = 35,9°C

: 12:00 :

: 18:00

P = 83

: 12:00 :

: 18:00

R = 20

: 12:00 :

: 18:00

12:00

: 12:00 :

: 18:00

18:00

: 12:00 :

: 18:00

24:00

: 12:00 :

: 18:00

PA = 140 x 80

: 12:00 :

: 18:00

T = 35,7°C

: 12:00 :

: 18:00

P = 80

: 12:00 :

: 18:00

R = 20

: 12:00 :

: 18:00

18:00

: 12:00 :

: 18:00

24:00

: 12:00 :

: 18:00

PA = 140 x 80

: 12:00 :

: 18:00

T = 36°C

: 12:00 :

: 18:00

P = 82

: 12:00 :

: 18:00

R = 20

: 12:00 :

: 18:00

18:00

: 12:00 :

: 18:00

24:00

: 12:00 :

: 18:00

PA = 140 x 80

: 12:00 :

: 18:00

T = 36°C

: 12:00 :

: 18:00

Dr. Rui Eduardo
Ortopedia Traumatologia
CRM 8290

04 ABR 2013

PROT 0060010
AGENCIA RECA

6

PRESCRIÇÃO MÉDICA

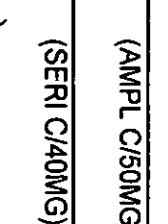
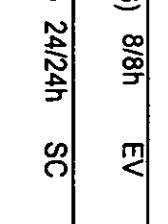
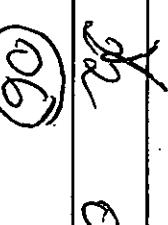
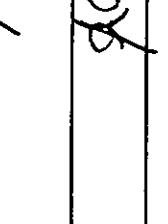
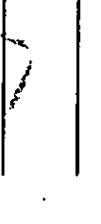
Emissão: 01/1

Nº Prescrição: 537954
 Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ

Atendimento: 8080585
 Convenio: HAPVIDA

Prontuário: 2531058

Data: 01/10/2014
 Posto: POSTO 1ANDAR - HE
 Peso: 90.00 kg
 Hora: 0
 Leito: E

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		3/3h	ÓRAL
2. TRAMADOL (50.0mg/ml)	50 mg	1 ML (AMPL C/50MG)	8/8h EV  
3. CLEXANE (40.0mg/ml)	40 mg	0.4 ML (SERI C/40MG)	24/24h SC  
4. PLAMET (5.0mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h EV  
5. OMEPRAZOL (40.0mg)	40 mg	1 FRAP (C/40MG)	24/24h EV  
6. DIPIRONA (500.0mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h EV  
7. SORO GLICOSADO 5% (50.0mg/ml)	500 ml	(C/50MG)	24/24h EV 
8. SORO FISIOLOGICO 0,9% (0.0g/ml)	500 ml	(TUBO C/9GR)	12/12h EV
9. PUNCAO C/JELCO		24/24h	
10. SINAIS VITAIS		6/6h	
11. CUIDADOS GERAIS		6/6h	

2x:00

06:00

Dr. Rui Eduardo
 Traumatologista
 CRM 8280

Ra = 130x70
 T = 36°C

P = 70

R = 18

Mallene M. Silva
 Enfermeira
 CRM 32510

Ra = 130x70
 T = 36°C

P = 70

R =

Nº Prescrição: 000537/1954 Atendimento: 8080585
Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ

Prontuário: 2531058
Convenio: HAPVIDA
Data: 01/10/2014
Posto: POSTO 1 ANDAR - HE
Peso: 90,00 kg
Emissão: 01/10/2014 07:56
Hora: 06:26
Letto: ENF110/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1.DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

HORÁRIOS

2.PLAMET (5,0mg/ml)

Aqua Destilada

10 mg
2ML
18 ml

(AMPL C/10MG)
8/8h EV

14:00 :22:00

;02/10-06:00 ;

3.CLEXANE (40,0mg/ml)

40 mg
0,4ML

(SERIC 40MG)
24/24h SC

06:00

;02/10-06:00 ;

4.TRAMADOL (50,0mg/ml)

Soro Fisiologico 0,9%

50 mg
1ML
50 ml

(AMPL C/50MG)
8/8h EV

14:00 :22:00

;02/10-06:00 ;

5.OMEPRAZOL (40,0mg)

Agua Destilada

40 mg
18 ml

1FRAP (C/40MG)
24/24h EV

06:00

;02/10-06:00 ;

6.DIPIRONA (500,0mg/ml)

Agua Destilada

1000mg
2ML
18 ml

(AMPL C/500MG)
6/6h EV

12:00 :18:00

;02/10-00:00 ;02/10-06:00 ;

7.SORO FISIOLOGICO 0,9% (0,0g/ml)

Agua Destilada

500ml
(TUBO C/8GR)

12/12h EV

09:00 :12:00

;02/10-06:00 ;

8.PUNCAO C/ JELCO

9.SINAIS VITAIS

10.CUIDADOS GERAIS

Reservado para SUD

ENTEROFIX _____

ASB.

pA = 100 x 130

48 u

p = 84

P

T

R

T = 36°C

Jr. Paulo Cesar Vidal
Prof. Farmacêutico Profissional IFPE
CRF/RN: 8211

Hospital do Espinheiro

Traumatologia,
Ortopedia e Cirurgia

NOME:

Mauricio Cores Freire

Nº REGISTRO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

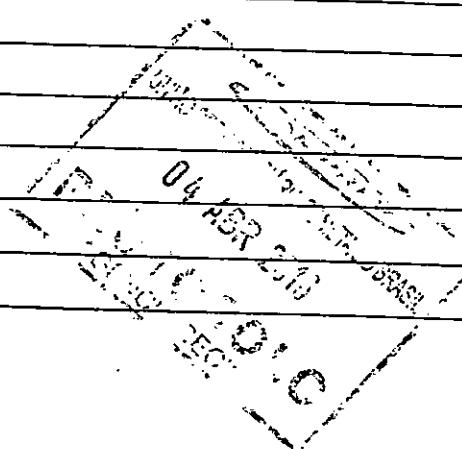
DATA

Nota sobre a evolução da moléstia, complicações, consultas, mudanças de diagnósticos, condições ao ser dada a alta, instruções ao Paciente.

27/09/2014

Curto e / Herbar que
não joga e
Estava perfeito no
local.
Guto suspeito que terá

Dra. Paulo Cesar Vidal
Dra. Traumatologista UFRJ
CRM 8271



27

J3

LAUDO MÉDICO

Manson & Geesey

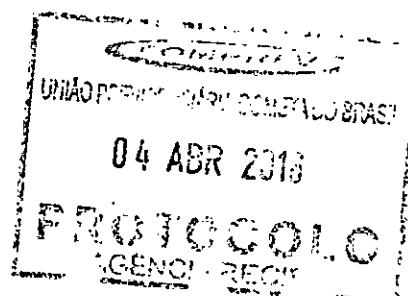
Frederick also planned to
13

Shuel (Joe) W

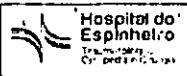
Aut. Curry

[Handwritten signature]

**Rua do Espinheiro, 222 - Espinheiro - Recife - PE
Tel: 2138-2950**



78



FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ

Idade: 59

Médico: CARLOS FREDERICO BOULITREAU

Data: 26/09/14 19:33

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Atendimento: 8080086

Prontuario: 2531058



ANAMNESE

Dor Em Ombro Esq Apos Trauma Direto No Mesmo. Rx Da Upa Com Fx De Plato Tibial
 Rx Do Ombro Esq Sem Fraturas E Rx Do Joelho Esq Com Fratura De Plato Tibial
 Solicito Internamento Para Tratamento Cirurgico

Exames Físico

Peso(Kg): Temperatura(°C):

Exames Solicitados

32030070- Articulacao Escapulo-Ume 32040067- Joelho: A.P. - Lateral
 28040481- Hemoograma Completo Con 28040732- Tempo De Protrombina
 28011279- Sodio (Sangue) 28011210- Potassio (Sangue)

32030070- Articulacao Escapulo-Ume
 28010973- Glicose (Sangue)

Evolução Médica

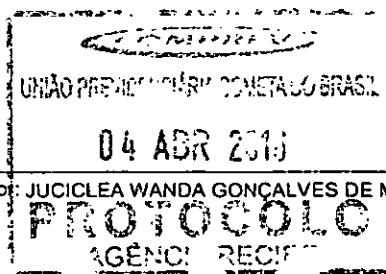
Paciente Em Observacao

Prescrição Médica N° 5366858

1- TALA JOELHEIRA					CRM-17054
2- TALA COXOPODALICA					CRM-17054
3- PROFENID IV (100.0mg)	100 mg	1 FRAP	Agora	EV	CRM-17054
Soro Fisiologico 0,9%		100 ml			
4- DIPIRONA (500.0mg/ml)	1000 mg	2ML	Agora	EV	CRM-17054
Agua Destilada		18 ml			
5- TRAMAL (50.0mg/ml)	100 mg	2ML	Agora	EV	CRM-17054
Soro Fisiologico 0,9%		100 ml			
6-					

JUCICLEA WANDA GONCALVES DE MOURA 20/10/2014 08:41

10.1.22.96



Carimbo / Assinatura profissional

CARLOS FREDERICO BOULITREAU Médico(a) CRM-17054

Impresso por: JUCICLEA WANDA GONCALVES DE MOURA

Em: 20/10/2014 08:41

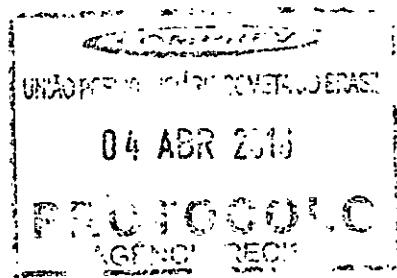
PROTÓCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

201

15

DIPIRONA (500.0mg/ml)	1000mg	2ML	Agora	EV	CRM-17054
7- SORO FISIOLOGICO 0,9% (0.0g/ml)	125ml		Agora	EV	CRM-17054

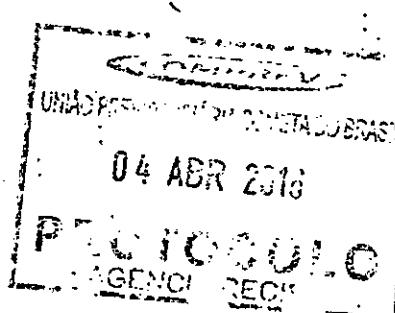
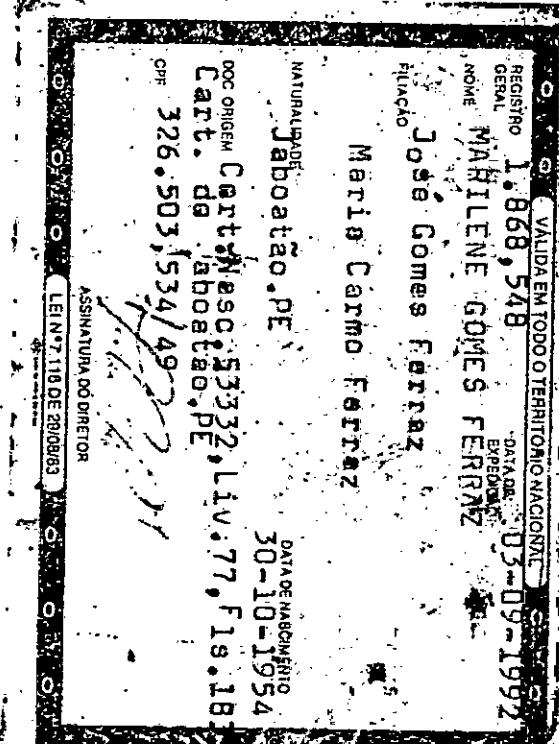
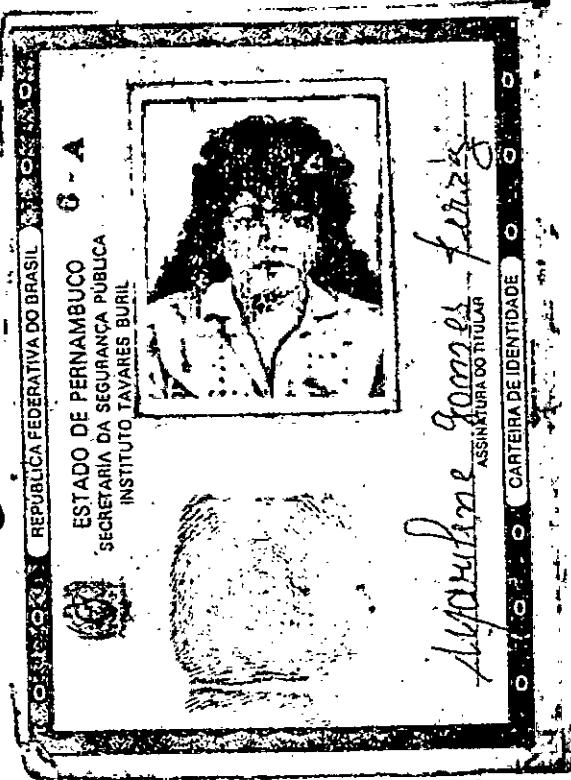
R3001



Carimbo / Assinatura profissional

CARLOS FREDERICO BOULITREAU Médico(a) CRM-17054

DOCUMENTO 5 T5%



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0839977/16

Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ
CPF: 326.503.534-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/09/2014

Titular do CPF: MARILENE GOMES FERRAZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros



MARILENE GOMES FERRAZ : 326.503.534-49

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.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 05/04/2016
Nome: MARILENE GOMES FERRAZ
CPF/CNPJ: 326.503.534-49

Data: 05/04/2016
Nome: Manuella Trindade Pessoa de Araujo
CPF: 064.485.714-50

MARILENE GOMES FERRAZ

Manuella Trindade Pessoa de Araujo

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160273072
Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ

Cidade: Recife
Data do acidente: 26/09/2014

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/07/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM TIBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

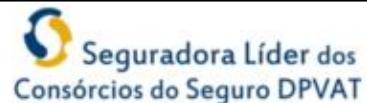
Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160273072

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARILENE GOMES FERRAZ

Data do acidente: 26/09/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de plato tibial esquerdo.
Contusão no ombro esquerdo com rotura de tendão.

Descrição do exame médico pericial: Limitação importante da adm do ombro sobretudo a abdução com limitação apos os 30 graus, hipotrofia do m. deltoides em grau importante com redução importante de força no membro a elevação lateral, força global da mão preservada. Limitação da adm do joelho esquerdo com desvio em varo associado a hipotrofia muscular e redução da força a extensão da perna em grau moderado. Marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico para fratura de plato tibial e no primeiro momento conservador para contusão do ombro esquerdo, sendo posteriormente submetida a tratamento cirúrgico. Fez fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional Grave do Membro superior esquerdo.
Limitação Funcional Moderada do Membro inferior esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/07/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

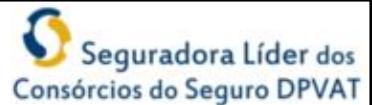
CRM do médico: 021266

UF do CRM do médico: PE

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 superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total		87,5 %	R\$ 11.812,50	

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Marcus Vinicius Carvalho Freire".