



Seguradora Líder • DPVAT

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 início 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 nº: 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





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 início 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 nº: 9466874

A/C: MARILENE GOMES FERRAZ

Sinistro: 3160273072 ASL-0839977/16
Vítima: 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 Nº 1.868.548 SSP-PE EXPEDIDO POR SSP-PE EM 03/09/1992 E
 CPF 00000000000-00 / CNPJ 00000000000-00000000, PROFISSÃO DESEMPREGADA
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) 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 Lotéticas 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/n*



Recife, 23 de maio de 2016 Marielene 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

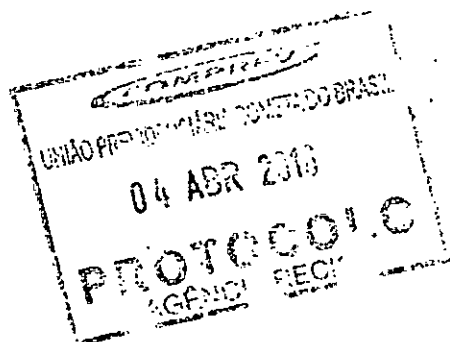
SANTANDER MASTER	
TAXA DE JUROS	14,95%AM

SALDOS DE POUPANCA	
POUPANCA	SALDO
4007-60-014712-0	1.410,35

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

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

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



3A

DOCUMENTO 1 *T1%



RUB

SEGUROS E PREVIDENCIA 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

PARCELAS

**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 forca 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 forca 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 forca 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(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 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

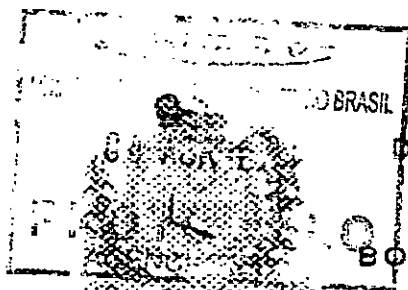
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

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


Dr. Victor Borba
CREMEPE 21286



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 014ª CIRCUNSCRIÇÃO -
VÁRZEA - DP14ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **14E0104007015**

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

ATROPELAMENTO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado) 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 PUBLICA**

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**

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

Rua Engenheiro (Lúcio) Gomes de Mattos, 55 - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE - Fone: (81) 3424.0922 - e-mail: cartorio@recife.pe.br

Cópia autenticada conforme original: **Sim** fé.

Recife-PE 17/03/2016 08:46:08. Em test. da verdade.

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

SELO:0077248.ZUL02201601.41595

Rejane Estevão Cipriano

Escrevente Autorizada

EDUARDO HENRIQUE DE ARAUJO

Escrevente Autorizado

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 (VEICULO) 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 JABOATÃO -PE. ACABOU O ATROPELANDO, VINDO A MESMA A SER

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

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

Marilene Gomes Ferraz
MARILENE GOMES FERRAZ
(VITIMA)

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

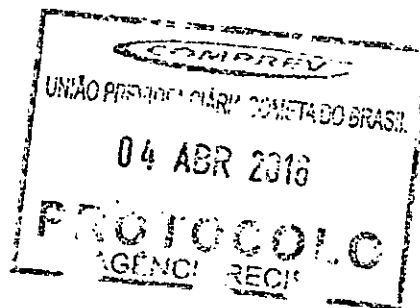
6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA
Rua Engenheiro Ubaldo Gomes de Mattos, 53 - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE - Fone: (81) 3414-4974 e-mail: cartorioroma@recife.pe.br

Cópia autenticada conforme original: *Rejane Estevão Cipriano*
Recife-PE 17/03/2016 08:46:08. Em teste da verdade.
Emol:2,79 TSMR:0,62 TOTAL3,72
SELO:0077248.LFH02201601.41594

Rejane Estevão Cipriano

EDUARDO HENRIQUE DE OLIVEIRA PINHEIRO

Escritor autorizado





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARILENE GOMES FERREIRA, portador da carteira de identidade nº 1.868.548 SSP-PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 326.503.534-49, residente e domiciliado na RUA DA OLAMIA, 210, BARRA, RECIFE, 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;

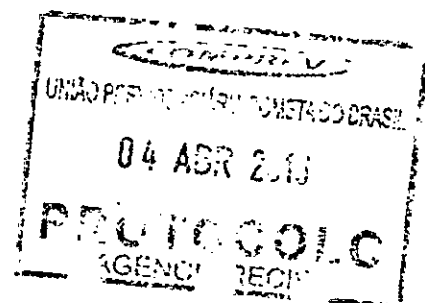
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 Março de 2016

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MARILENE GOMES FERREIRA
Local e data



4



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

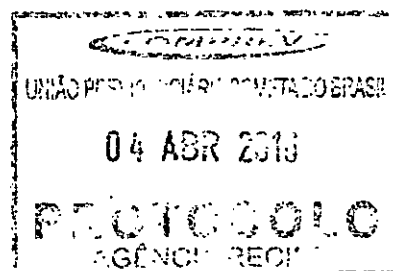
DA Nº. 161.02.2016
EM: 09.03.2016

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*



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





POF VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.

DOCUMENTO 1 *T196*



SAMU
192

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.

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 JUL 2016

PROT. LO

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

Rua Engenheiro Chelido Gomes de Matos, 13 - Centro - CEP 50610-510 - Recife - PE - Fone: (011) 3424-4791 - e-mail: cartorio@recife.pe.gov.br

Cópia autenticada conforme original: ou fé.
Recife-PE 17/03/2016 08:46:08. Em test. da verdade.

Emol: 2,79 TSMR: 0,62 TOTAL 3,72

SELO: 0077248.KRZ02201601.41591

Rejane Estevão Cipriano

Escrevente

EDUARDO HENRIQUE DE OLIVEIRA

Assessor Jurídico

Consulte a autenticidade do selo em www.tribe.org.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: 000001002676-7

Nr. da Autenticação A2DB23CAE93634A2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARILENE GOMES FERNANDES,

RG nº 1.868.548, data de expedição 03 09 1992 Órgão 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"

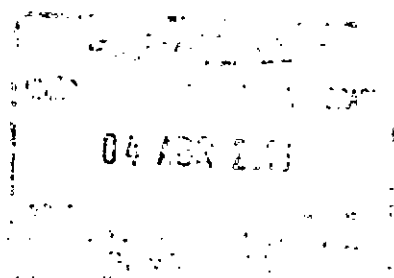


Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DA OLAMIA</u>
Número	<u>210</u>
Apto / Complemento	<u>CASA-B</u>
Bairro	<u>TORRÕES</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>50.640-160</u>
Telefone de Contato	<u>98774-3744</u>
E-mail	<u>NÃO POSSUI</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 23 de março de 2016

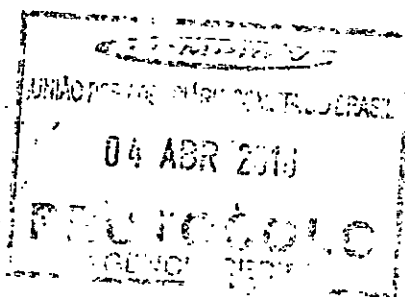
Assinatura do Declarante: Marilene Gomes Fernandes



25

		033-7		03399.49281 36981.601903 25381.501029 1 00000000000000			
Agência Recebedora Pagável preferencialmente no banco Santander				Vencimento 01/02/2016		Número do Cartão 4916 XXXX XXXX 0846	
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		Nosso Número 8160190253815	
Data Documento 19/01/2016	Número do Documento 4007669993948255	Espécie FT.CI	Aceite N	Data Process 19/01/2016	Nosso Número 8160190253815		Vencimento 01/02/2016
Uso Banco CENTRAL	Carteira COB	Espécie RS	Quantidade	Valor	Valor do documento		Total desta Fatura R\$ 19,52
Instruções: PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO <VALOR DO DOCUMENTO> FATURAS PAGAS APOS O VENCIMENTO TERÃO ACRESCIMO E ENCARGOS, CALCULADOS A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO E INCLUIDOS NA SUA PROXIMA FATURA MENSAL APOS 21/02/2016, PAGAR SOMENTE NAS AGENCIAS DO SANTANDER.				4007669993948255		Pagamento Mínimo R\$ 19,52	
						Valor Pago R\$	
				CTC RECIFE PE PL1		RECIBO DO CLIENTE	
						Autenticação no verso	
				Pagador			
				Autenticação Mecânica			
				Ficha de Compensação			

pagamentos avisos de quaisquer valores, no momento em que achar necessário.
Dica: Pagamentos avisos podem ajudar a reduzir
Importante: Lembre-se de que, se você for nosso
correntista e caso o pagamento de sua fatura não ocorra
não pagamento pode ocasionar o cancelamento do cartão.



26

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 pag.: 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 Lúcio Gomes de Matos, 53 - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE - Fone: (81) 3424-9792 - Email: cartorio@cartorioroma.com.br

Cópia autenticada conforme original: do ofício

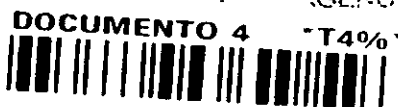
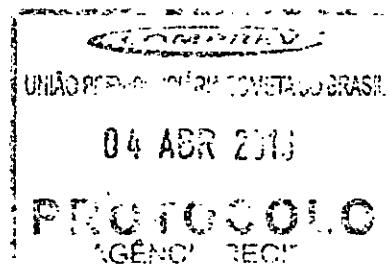
Recife-PE 17/03/2016 08:46:08. Em test. da verdade.

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

SELO:0077248.AGS02201601.41629

Assinado digitalmente por **EDUARDO HENRIQUE DE OLIVEIRA**
CPF: 0077248.AGS02201601.41629

OF
4530098



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 RAIOS-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 Ubaldo Gomes de Menezes, 53 - Centro - CEP 50710-310 - Recife - PE - Fone: (81) 3184-4440 - e-mail: cartorio@recife.pe.gov.br

Cópia autenticada conforme original. Não fê.

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

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

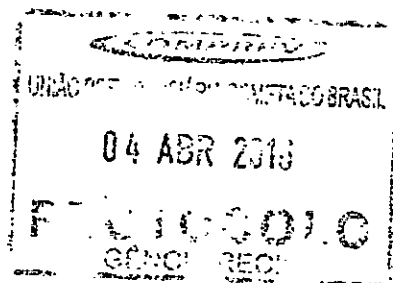
SEL0:0077248.ESB02201601.41632

Estevão Cipriano GUARDO HENRIQUE DE ALMEIDA

ente Autorizado

Contato e autenticação do selo em www.gpe.esb.gov.br

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 - 16:45

Nº registro: 392679

Sexo: Feminino

Fone:


Nº pag.: 2/2

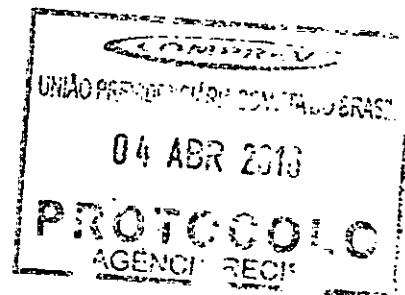
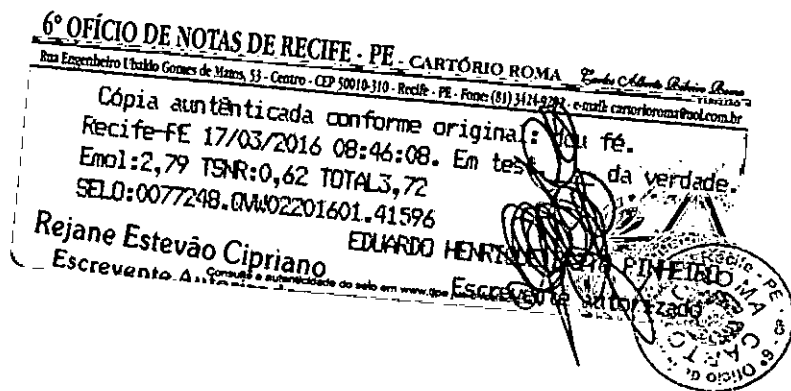
Resultados de Exames:

RAIO-X APRESENTA FRATURA DO CANAL TIBIAL ESQUERDO.

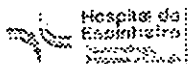
Evolução do paciente:

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 publicos.



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

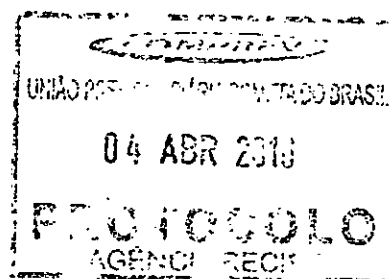
Setor			
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
19/10/2015	14:41		
Médico Atendente			Clinica
1373625 RINALDO ROCHA LUCENA			5-ORTOPEDICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1373625 RINALDO ROCHA LUCENA			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
3002-HAPVIDA	PAQUETA CALCADOS S/A
	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	ACROMIOPLASTIA



BOLETIM DE CIRURGIA

Nº Leito: 1111 Atendimento: Dr. Espinoza Data: / /
Nome: Idade: Sexo: ☐ M ☐ F
Diagnóstico Clínico: Diagnóstico Cirúrgico:

CIRURGIA PROPOSTA		PROCEDIMENTO REALIZADO	
<u>1to. Lesão sangüínea</u> <u>de tornozelo direito</u>		<u>1to. Lesão sangüínea</u> <u>de tornozelo direito</u>	
TIPO DE ANESTESIA		MATERIAL ESPECIAL LIBERADO	
<u>Bloqueio</u>			
POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO			
LIMPA	CONTAMINADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA	INFECTADA
INÍCIO: <u> </u> : <u> </u> hs		TÉRMINO: <u> </u> : <u> </u> hs	
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA			
<u>1- Aproximação + antissepsia + lavagem com água e sabão</u> <u>2- Aproximação para inspeção</u> <u>3- Pericardostomia para lesão de tornozelo direito</u> <u>4- Exatidão da lesão de tornozelo direito</u> <u>5- Suturar com fio de nylon</u> <u>6- Curativo</u>			
MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>			
Especificar: <u>Instrumental - Anestesia Bloqueio</u>			
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <u>Rinaldo Lucena</u> Cirurgia Ortopedia 11.112 </div> <div style="text-align: center;"> <u>Rinaldo Lucena</u> Cirurgia Ortopedia 11.112 </div> </div>			
MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO:			
USO DE DRENO(S)	CONTAGEM DE COMPRESSAS		PEÇAS OPERATÓRIAS
NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Especificar: <u> </u>	Quantidade no início: <u> </u>	Quantidade no término: <u> </u>	<input type="checkbox"/> Anátomo Patológico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Congelação Resultado: <u> </u> Especificar: <u> </u>
NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Especificar: <u> </u>	Quantidade no início: <u> </u>	Quantidade no término: <u> </u>	<input type="checkbox"/> Anátomo Patológico <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Congelação Resultado: <u> </u> Especificar: <u> </u>

scrição: 0006213537 Atendimento: 10046630

Prontuário: 2531058
Convenio: HAPVIDA

Data: 19/10/2015 Hora: 18:58
Posto: POSTO 1 - 1ANDAR - HE
Peso: 70.00 kg Letto: 103-HE/2

Emissão 19/10/2015 20:11:16

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

HORÁRIOS

NAIS VITAIS 6/6h

IDADOS GERAIS 6/6h

Tratamento 2 Fases Vol. Total: 500 ml 14.00 gts/min Acesso Periférico

RO FISIOLÓGICO 0,9% 20 ml/Kcal/dia 500 ml 1 FRAP (C/1GR) 6/6h EV 22:00 : 20/10-04:00

FAZOLINA SODICA (1.0g) 1g 10 ml

LEX (30.0mg) 30 mg 1 COMF (C/30MG) 8/8h ORAL 22:00 : 20/10-06:00

AMET (5.0mg/ml) 10 mg 2 ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV 22:00 : 20/10-06:00

POTEN (25.0mg) 25 mg 1 COMF (C/25MG) 8/8h ORAL 20:10-06:00

PIRONA (500.0mg/ml) 2000 mg 4 ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV 22:00 : 20/10-04:00

Agua Destilada 18 ml

RADOL (1.0mg) 30 mg (AMPL C/30MG) 8/8h EV 22:00 : 20/10-06:00

o para o SND

ROFIX Ass.

Jr. Ricardo Lucas,
Chefe do Centro
de Hemodinâmica

Enfermeira
COREN/PE 380.519

04 ABR 2016
AGENCI



Nome do paciente: Mariela Cruz
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

HORA	DATA	EVALUATION
	19/10	Pet. P. G. R. Loureiro, Intead SUSV X 10m Linha fme v d, Nomenclatura, Expressões, Mpe e Hareti
		Maria Moura Fonseca COREN-PE 380.519

04 ABR 2016
Evolução de Enfermagem COD 147376

PRIME GOLD
AGENCY TECH

4

NA

scrição: 0006213920 Atendimento: 10046630

Prontuário: 2531058
Convenio: HAPVIDAData: 20/10/2015 Hora: 07:30
Posto: POSTO 1 - 1ANDAR - HE
Peso: 70.00 kg Letto: 103-HE/2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

ETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

Tratção nosa	2 Fases	Vol. Total:	500 ml	14.00 gts/ml	Acesso Periférico	10:00	:22:00	:
RO FISIOLÓGICO 0,9%	20	ml/Kcal/dia	500ml					
FAZOLINA SODICA (1.0g) 3/1/1	1g	1 FRAP (C/1GR)	6/6h	EV	10:00	:16:00	:22:00	:21/10-04:00
Agua Destilada	10 ml							
IRADOL (1.0mg)	30 mg	(AMPL C/30MG)	8/8h	EV	14:00	:22:00	:21/10-06:00	:
IRONA (500.0mg/ml)	2000mg	4ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	10:00	:16:00	:22:00	:21/10-04:00
Agua Destilada	18 ml							
AMET (5.0mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	14:00	:22:00	:21/10-06:00	:
Agua Destilada	18 ml							
LEX (30.0mg)	30 mg	1 COMF (C/30MG)	8/8h	ORAL	14:00	:22:00	:21/10-06:00	:
POTEN (25.0mg)	25 mg	1 COMF (C/25MG)	8/8h	ORAL	06:00	:14:00	:22:00	:
				se pa diastolica > 110 mm hg				

IAIS VITAIS 6/6h

IDADOS GERAIS 6/6h

Data o SIND

IOFIX

Ass.

Dr. Ricardo Loureiro
Assistente de Enfermagem
Marlene Maria de Oliveira
Enfermeira
580.519

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

HORA	DATA	EVLUÇÃO
	20/10	PCT EG R, consciente, orientado, hidratado, higienizado, do, medicado, normotensão, normocorado, normoquímico, eupneicoafebril, cooperativo, em repouso no leito c/AVP + F.O oclusiva. DFI (-) Segue o plano de tratamento.
		Alta Hospitalar

Evolução de Enfermagem COD 147376

04 12 20

6

13

EVOLUÇÃO MÉDICA

Unidade:

Leito:

Atendimento:

Nome: _____

Unidade: _____ Leito: _____ Atendim: _____
Nome: Walter A. F. F. F.

[illegible]

HORA	DATA	EVOLUÇÃO
	20-10-15	<p>Ata de 1ª reunião</p> <p>Ata de 2ª reunião</p> <p>Ata de 3ª reunião</p>

UNPA 100

Evolução Médica COD. 76546

04 ABR 2.00

GENO

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

01/10/2014 17:58:49

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
2531058	MARILENE GOMES FERRAZ	F	30/10/1954	59
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

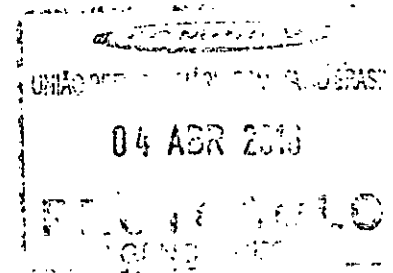
Convenio	Plano	PAQUETA CALCADOS S/A
3002-HAPVIDA	2-PLANO EMPRESA APARTAMENTO -	COLETIVO
Carteira	Validade	
16495000119012015		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito
POSTO 1ANDAR - 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





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

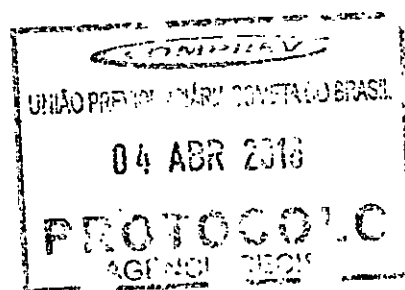
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome: Anderson Carlos
Cirurgião: Paulo G. V. de 1º Auxiliar: Cláudio
2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____
Anestesista: _____ Anestesia: _____
Data da Operação: 27/9/2014 Início: _____ Fim: _____
Anestésicos: _____
Diagnóstico Pré-operatório: Fratura de fêmur
Operação: Redução + Placa + Tacos
Diagnóstico Pós-Operatório: Exame

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

Seção de
redução e fixação de fratura de fêmur
com placa e parafusos

Dr. Paulo César Vidal
Prof. Traumatologia e Ortopedia
CRM: 8217



14



Hospital do
Espinheiro
Traumatologia,
Ortopedia e Cirurgia

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome: Anderson Gomes Fery
Cirurgião: João Carlos 1º Assistente: Cherise
2º Assistente: _____ Instrumentador: _____
Anestesista: _____ Anestesia: _____
Data da Operação: 01/10/2014 Início: _____ Fim: _____
Anestésicos: _____
Diagnóstico Pré-operatório: Fraqueza do
Operação: Admissão cirúrgica de 2 fraturas
Diagnóstico Pós-Operatório: 6

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

Job Anestesia e Reparo
Preparo do
Grupo op. de 2 fraturas
Preparo do
Grupo de 2 fraturas
Job Anestesia e Reparo
Preparo do
Grupo de 2 fraturas
Preparo do
Grupo de 2 fraturas

[Signature] 01/10/2014

UNIAO FEDERAL DO BRASIL
04 ABR 2015
PROTÓCOLO
GPRC REC

25

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Página 1

Ido: 0005367195 Atendimento: 8080585 Prontoário: 2531058 Data: 27/09/2014 Hora: 08:37
MARILENE GOMES FERRAZ Convenio: HAPVIDA Posto: POSTO 1ANDAR - HE Emissão: 27/09/2014 16:58:21
Peso: 90.00 kg Letto: ENF110/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

GERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

IT (5.0mg/ml) 10 mg 2 ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV
Agua Destilada 18 ml

INE (40.0mg/ml) 40 mg 0.4 ML (SERI C/40MG) 24/24h SC

ADOL (50.0mg/ml) 50 mg 1 ML (AMPL C/50MG) 8/8h EV
Soro Fisiologico 0,9% 50 ml

CNA (500.0mg/ml) 1000 mg 2 ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV
Agua Destilada 18 ml

RAZOL (40.0mg) 40 mg 1 FRAP (C/40MG) 24/24h EV
Agua Destilada 18 ml

FISIOLÓGICO 0,9% (0.0g/ml) 500 ml (TUBO C/9GR) 12/12h EV

VITAIS 6/6h 12:00 : 18:00 : 28/09-00:00 : 28/09-06:00 :
DOS GERAIS 6/6h 12:00 : 18:00 : 28/09-00:00 : 28/09-06:00 :

Bo SND
IX Ass.

Dr. Paulo Cesar Vidal
Prof. Titular de Clínica Médica - UNP
CRM: 8.521-1

Tratado ao longo do tempo
06h
PA = 115/60
P = 63
R = 18
R = 18
36

PA = 180/90
P = 63
R = 18
R = 18
36

Dr. Alcides Reis
Médico
CRM: 12404

2/83
83/83

04 ABR 2015

10.1.22.150

Nº Prescrição: 0005368845 Atendimento: 8080585 Prontoatendimento: 2531058
 Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ Convenio: HAPVIDA
 Data: 29/09/2014 Hora: 07:08
 Posto: POSTO 1 ANDAR - HE
 Peso: 90.00 kg Letto: ENF110/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL							
2. PLAMET (5.0mg/ml)	10mg	2ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	14:00	18:00	22:00	30/09-06:00	
Agua Destilada	18 ml								
3. CLEXANE (40.0mg/ml)	40mg	0.4ML (SERI C/40MG)	24/24h	SC	06:00				
4. TRAMADOL (50.0mg/ml)	50mg	1ML (AMPL C/50MG)	8/8h	EV	14:00	18:00	22:00	30/09-06:00	
Soro Fisiologico 0,9%	50 ml								
5. OMEPRAZOL (40.0mg)	40mg	1FRAP (C/40MG)	24/24h	EV	06:00				
Agua Destilada	18 ml								
6. DIPIRONA (500.0mg/ml)	1000mg	2ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	12:00	18:00	22:00	30/09-06:00	
Agua Destilada	18 ml								
7. SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0.0g/ml)	500ml	(TUBO C/9GR)	12/12h	EV					
8. PUNCÃO C/ JELCO			24/24h		12:00				
9. SINAIS VITAIS			6/6h		12:00	18:00	22:00	30/09-06:00	
10. CUIDADOS GERAIS			6/6h		12:00	18:00	22:00	30/09-06:00	

Reservado para o SIND

ENTEROFIX Ass.

PA = 140 x 80
 T = 83
 R = 20

PA = 140 x 80
 T = 83
 R = 20

Proslane toson
 Entenente
 COREN-338

Dr. Rui Eduardo
 Otorrinolaringologista
 CRM 8290

06:00
 PA = 120 x 80
 T = 36
 R = 20

04 ABR 2015
 PROTOCOLO
 AGÊNCIA REGISTRO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº Prescrição: 0005370395 Atendimento: 8080585 Prontuário: 2531058 Data: 30/09/2014 Hora: 07:40
Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ Convento: HAPVIDA Posto: POSTO 1 ANDAR - HE Peso: 90.00 kg Leito: ENF110/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3/3h	ORAL							
2. PLAMET (5.0mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	06:00	14:00	22:00		
Agua Destilada	18 ml								
3. CLEXANE (40.0mg/ml)	40 mg	0.4 ML (SERI C/40MG)	24/24h	SC	06:00				
4. TRAMADOL (50.0mg/ml)	50 mg	1 ML (AMPL C/50MG)	8/8h	EV	14:00	22:00	01/10-06:00		
Soro Fisiologico 0,9%	50 ml								
5. OMEPRAZOL (40.0mg)	40 mg	1 FRAP (C/40MG)	24/24h	EV	06:00				
Agua Destilada	18 ml								
6. DIPIRONA (500.0mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	12:00	18:00	01/10-06:00	01/10-06:00	
Agua Destilada	18 ml								
7. SORO FISIOLÓGICO 0,9% (0.0g/ml)	500 ml	(TUBO C/9GR)	12/12h	EV	10:00	22:00			
8. PUNCAO C/ JEICO	24/24h				12:00				
9. SINAIS VITAIS	6/6h				12:00	18:00	01/10-00:00	01/10-06:00	
10. CUIDADOS GERAIS	6/6h				12:00	18:00	01/10-00:00	01/10-06:00	

Reservado para o SMD
ENTEROFIX _____ Ass. _____

D. Rui Eulálio
Médico Titular de Clínica Médica
CRM 1520

Prescritor
D. Rui Eulálio
CRM 1520

PA: 4
T: 36
P: 4
24
RA=16
T=22
FC=110
PR=110
MA=15
S=3
L=4
N=1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Emissão: 01/1

Nº Prescrição: 5371954

Atendimento: 8080585

Prontuário: 2531058

Data: 01/10/2014

Hora: 0

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ

Convenio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1 ANDAR - HE

Peso: 90.00 kg

Leito: E

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

2. TRAMADOL (50.0mg/ml)

50 mg

1 ML

(AMPL C/50MG) 8/8h

EV

Soro Fisiologico 0,9%

50 ml

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

Agua Destilada

18 ml

7. SORO GLICOSADO 5% (50.0mg/ml)

500 ml

(C/50MG)

24/24h

EV

8. SORO FISIOLÓGICO 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

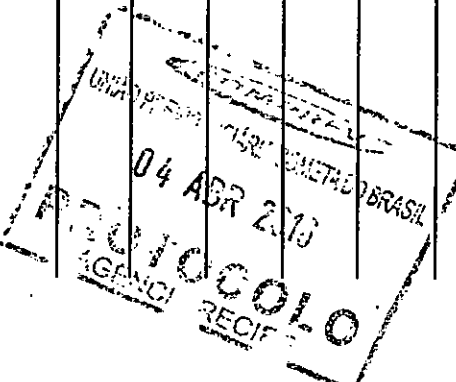
6/6h

Dr. Rui Eduardo
Ortopedia Traumatologia
CRM 8290

Marlene M. Silva
Enfermeira
CRM 350418

2x:00
R2 = 130x40
R = 30°C
P = 70
R = 38

06:00
R2 = 130x40
R = 36°C
P =
R =



Nº Prescrição: 0005371954 Atendimento: 8080585 Pronto-socorro: 2531058 Emissão: 01/10/2014 07:56

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ Convento: HAPVIDA Data: 01/10/2014 Hora: 06:26

Posto: POSTO 1 ANDAR - HE Peso: 90.00 kg Leito: ENF110/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL **HORÁRIOS**

2. PLAMET (5.0mg/ml) 10 mg 2 ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV 14:00 22:00 02/10-06:00

3. CLEXANE (40.0mg/ml) 40 mg 0.4 ML (SERI C/40MG) 24/24h SC 06:00 02/10-06:00

4. TRAMADOL (50.0mg/ml) 50 mg 1 ML (AMPL C/50MG) 8/8h EV 14:00 22:00 02/10-06:00

5. OMEPRAZOL (40.0mg) 40 mg 1 FRAP (C/40MG) 24/24h EV 06:00 02/10-06:00

6. DIPIRONA (500.0mg/ml) 1000 mg 2 ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV 12:00 18:00 02/10-00:00 02/10-06:00

7. SORO FISIOLÓGICO 0.9% (0.0g/ml) 500 ml (TUBO C/9GR) 12/12h EV 09:00 21:00 02/10-06:00

8. PUNCÃO C/ JELCO 24/24h

9. SINAIS VITAIS 6/6h

10. CUIDADOS GERAIS 6/6h

ENTEROFIX Ass. PA = 180 x 130 48 h

T = 36.2

Pj-
T-
P-
R-

Dr. Paulo Cozai Vidal
Prof. (Licenciado) - Opediátrico
CRM: 8211

04 ABR 2015
FARMACIA REC-010

Dr. José Carlos Losain
CRM: 333.702

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ
 Atendimento: 3080585
 Pronto-socorro: 2531058
 Convento: HAPVIDA

Data: 02/10/2014
 Hora: 07:34
 Posto: POSTO 1 ANDAR - HE
 Peso: 90.00 kg
 Leito: ENF110/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETÁGERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

2. TRANADOL (50.0mg/ml) 50 mg 1 ML (AMPL C/50MG) 8/8h EV 14:00 : 22:00 ; 03/10-06:00 ;

3. CLEXANE (40.0mg/ml) 40 mg 0.4 ML (SERI C/40MG) 24/24h SC 06:00 : 22:00 ; 03/10-06:00 ;

4. PLAMET (5.0mg/ml) 10 mg 2 ML (AMPL C/10MG) 8/8h EV 14:00 : 22:00 ; 03/10-06:00 ;

5. OMEPRAZOL (40.0mg) 40 mg 1 FRAP (C/40MG) 24/24h EV 06:00 : 22:00 ; 03/10-06:00 ;

6. DIPIRONA (500.0mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL C/500MG) 6/6h EV 12:00 : 18:00 ; 03/10-00:00 ; 03/10-06:00 ;

7. SORO GLICOSADO 5% (50.0mg/ml) 500 ml (C/50MG) 24/24h EV 10:00 : 22:00 ;

8. SORO FISIOLÓGICO 0.9% (0.0g/ml) 500 ml (TUBO C/8GR) 12/12h EV 10:00 : 22:00 ;

9. PUNCAO C/ JELCO 24/24h 12:00 : 22:00 ;

10. SINAIS VITAIS 6/6h 12:00 : 18:00 ; 03/10-00:00 ; 03/10-06:00 ;

11. CUIDADOS GERAIS 6/6h 12:00 : 18:00 ; 03/10-00:00 ; 03/10-06:00 ;

Reservado para o SNO
 ENTEROFIX Ass. COREN-383.703

Prof. Paulo Ceza Vidal
 Prof. Traumatologia-UFFPE

04 ABR 2014
 16:00:00
 FICHA DE REGISTRO

PA: 18
 T: 36
 R: 181
 P: 84
 1
 15
 34
 R19
 P 8:
 24:
 PA:
 T=3
 R=:
 F=12
 T=3
 R=14

28

PREScrição Médica - Aprazamento

Pção: 0005374775 Atendimento: 8080585

Prontuário: 2531058

Data: 03/10/2014

Hora: 06:47

MARILENE GOMES FERRAZ

Convenio: HAPVIDA

Posto: POSTO 1ANDAR - HE

Peso: 90.00 kg

Leito: ENF110/1

PREScrição Médica

HORÁRIOS

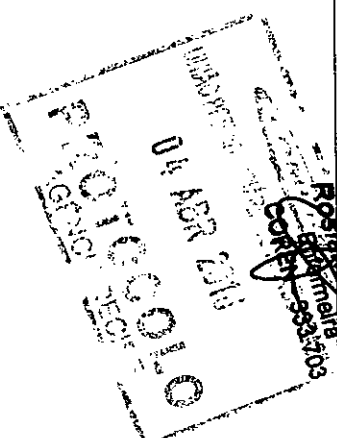
GERAL-ADULTO / PARA A IDADE 3/3h ORAL

ADOL (50.0mg/ml)	50 mg	1 ML (AMPL C/50MG)	8/8h	EV	14:00 ; 22:00 ; 04/10-06:00 ;
Soro Fisiológico 0,9%	50 ml				
ANE (40.0mg/ml)	40 mg	0.4 ML (SERI C/40MG)	24/24h	SC	06:00 ;
ET (5.0mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8/8h	EV	14:00 ; 22:00 ; 04/10-06:00 ;
Agua Destilada	18 ml				
RAZOL (40.0mg)	40 mg	1 FRAP (C/40MG)	24/24h	EV	06:00 ;
Agua Destilada	18 ml				
ONA (500.0mg/ml)	1000mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6/6h	EV	12:00 ; 18:00 ; 04/10-00:00 ; 04/10-06:00 ;
Agua Destilada	18 ml				
GLICOSADO 5% (50.0mg/ml)	500 ml	(C/50MG)	24/24h	EV	10:00 ;
FISIOLOGICO 0,9% (0.0g/ml)	500 ml	(TUBO C/9GR)	12/12h	EV	12:00 ; 04/10-00:00 ;
AO C/ JELCO	24/24h				10:00 ;
S VITAIS	6/6h				12:00 ; 18:00 ; 04/10-00:00 ; 04/10-06:00 ;
ADOS GERAIS	6/6h				12:00 ; 18:00 ; 04/10-00:00 ; 04/10-06:00 ;

BO SMD

IX Ass.

Dr. Rui Eduardo
Ortopedia Traumatologia
CRM 8260





Hospital do Espinheiro

Traumatologia,
Ortopedia e Cirurgia

NOME:

MARLENE LIMA FERREIRA

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/ Histeria que
rio joelho e

Costa na perna do m
local.

Shuto Insulino furo furo

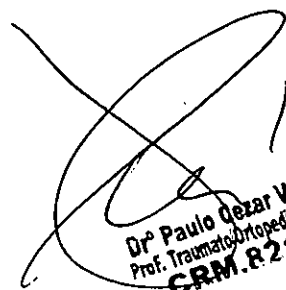
Dr. Paulo Cesar Viana
Prof. Traumatologia e Ortopedia UFF
CRM 8271

04 ABR 2015
FARMACIA
HOSPITAL DO ESPINHEIRO

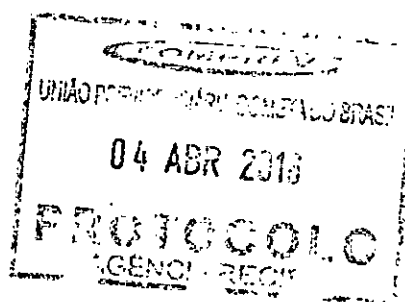
LAUDO MÉDICO

Manutenção e melhorias



Fuente de fumaça
de fumaça (fumaça)
Fum. Curing

 16/02/16
Dr. Paulo César Vidal
Prof. Traumatologia-UFPE
CRM. R211

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



14

 Hospital do Espinheiro <small>Tratamento Especializado em Doenças da Coluna</small>	FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL		
	Paciente: MARILENE GOMES FERRAZ Médico: CARLOS FREDERICO BOULITREAU Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	Idade: 59 Data: 26/09/14 19:33	

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 Fisico

Peso(Kg): Temperatura(°C):

Exames Solicitados

32030070- Articulacao Escapulo-Ume	32040067- Joelho: A.P. - Lateral	32030070- Articulacao Escapulo-Ume
28040481- Hemograma Completo Con	28040732- Tempo De Protrombina	28010973- Glicose (Sanque)
28011279- Sodio (Sanque)	28011210- Potassio (Sanque)	

Evolução Médica

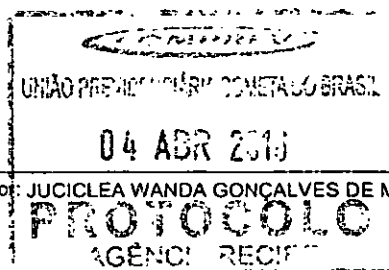
Paciente Em Observacao

Prescrição Médica Nº 5366858

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

JUCICLEA WANDA GONÇALVES DE MOI 20/10/2014 08:41

10.1.22.96



Carimbo / Assinatura profissional

CARLOS FREDERICO BOULITREAU
 Médico(a)
 CRM-17054

Impresso por: JUCICLEA WANDA GONÇALVES DE MOURA

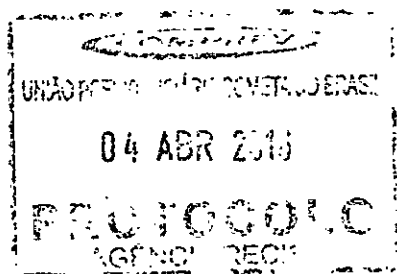
Em: 20/10/2014 08:41

201

15

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

R3001



Carimbo / Assinatura profissional

CARLOS FREDERICO BOULITREAU

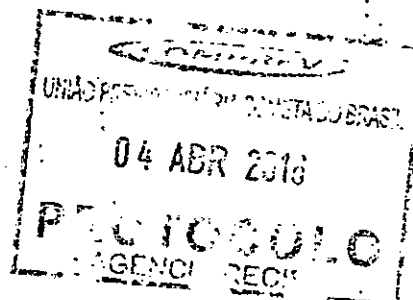
Médico(a)



CRM-17054

Handwritten signature or mark.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.868.548
NOME	MAHILENE GOMES FERRAZ
DATA DE EXPEDIENTE	03-09-1992
FILIAÇÃO	José Gomes Ferraz
	Maria Carmo Ferraz
NATURALIDADE	Jaboatão, PE
DATA DE NASCIMENTO	30-10-1954
DOC ORIGEM	Cart. Mesoc. 53332, Liv. 77, Fls. 18
	Cart. da Jaboação, PE
CPF	326.503.1534/49
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEINº 118 DE 20/08/93	



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
6-A	
ESTADO DE PERNAMBUCO	
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA	
INSTITUTO TAVARES BURIL	
CARTERA DE IDENTIDADE	
ASSINATURA DO TITULAR	
MAHILENE GOMES FERRAZ	
	
	

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

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

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

MARILENE GOMES FERRAZ

Responsável pelo recebimento na seguradora

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

Manuella Trindade Pessoa de Araujo

PARECER DE ANÁLISE 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 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

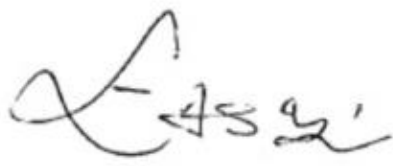
Visão Médica Ltda

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. deltoide 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

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:

