

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170360350

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Data do acidente: 03/02/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura fechada distal da tíbia direita.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico, vítima apresenta edema residual na perna direita. Marcha claudicante com discreto encurtamento do membro inferior direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com colocação de placa e parafusos. Realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Antonio Henrique Moreira

CRM do médico: 2445

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

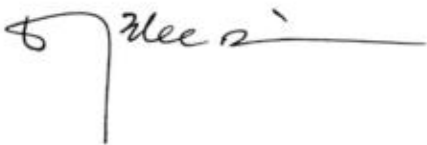
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta nº: 11260638

A/C: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170360350 ASL-0248367/17
Vitima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **03/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- DUT não conclusivo

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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta nº: 11260895

A/C: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170360350 ASL-0248367/17
Vitima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11327055

A/C: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sinistro: 3170360350 ASL-0248367/17
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

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.seguradoralider.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, 09 de Agosto de 2017

Carta nº: 11449161

A/C: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sinistro: 3170360350 ASL-0248367/17
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

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: **MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000917**

Conta: **0000045651-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2017

Carta nº: 11576060

A/C: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sinistro: 3170360350 ASL-0248367/17
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

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.seguradoralider.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, 15 de Setembro de 2017

Carta nº: 11655229

A/C: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sinistro: 3170360350 ASL-0248367/17
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

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: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000917

Conta: 0000045651-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

PARTE 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, e não deve conter procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização na banca.

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Nº DO RG Nº 196944 EXPEDIDO POR SBS-DE EM 1 / 1 / 17
Nº DO CNPJ 22509300410 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Revisora
Renda Mensal de R\$ Revisão (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A MESMA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
EFTUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

De acordo com a Súmula nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a cadastrar 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 a/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 SISOPVAT 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0917 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 98631-6

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.

05.802.494/0001-11

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

OLINDA 29 de 03

de 17

LOCAL E DATA

Maria Lucia S. de Siqueira
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010



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 0800-0211204.



CAIXA

POUPANÇA

6277 8016 4211 9881

6277

MARIA LUCIA S SIQUEIRA

0917 013 00045551-8

elo

05.802.404/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PEFICET, ME



29/03/2017 13:25



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 824ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO -
DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0114002791

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/03/2017 às
14:01

OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Dolosa (Consumada) que aconteceu
no dia 3/2/2017 às 14:25

Fato ocorrido no endereço: RUA ESSENCIAL, 1 - Bairro: FRACASSO -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoas envolvidas na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO. (Usado na perseguição da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

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

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA (presente no plantão) - Sexo: Feminino -
LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA (Outro do documento: 2274667 Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA OPALA NEGRA, 274 - CEP: 55065-000 - Bairro: FRACASSO -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido (Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

SHINERAY PCC 3700 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a) MARIA LUCIA SOUZA DE
SIQUEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a) MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTONETA/125/2017 NÃO INFORMADO (não informado)
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Complemento / Observação

19/06/2017 17:57

1-2

Voluntária de Ocorrência

File:///C:/Users/Polícia Civil/Infopol/Am/BOE/Tratado/Am/

INFORMA QUE VINHA GUIANDO O VEICULO SHIVERAT NA VIA CITADA, QUANDO PASSANDO PELA LOMBADA CAIU NUM BURACO, E DESCRAPANDO CAIU NO CHAO. INFORMA QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADO PARA UPA DO OLINDA. INFORMA QUE TEVE FRATURAS NO PERNA DIREITA, CONFORME COLESTIO MEDICO.

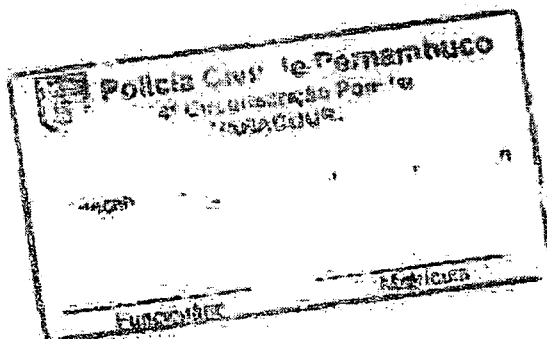
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

X *Maria Siqueira*

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
(VITIMA)

E O. registrado por: ZACARIAS RIBEIRO DA SILVA - Matrícula: 2311307

Jeun



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA, portador da carteira de
identidade nº 1961944 e inscrito no CPF/IME sob o nº 225.197.604-10
residente e domiciliado na RUA OPALINA N. 652A. 271
Cidade OLINDA Estado PE 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 LIDER 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.

Maria Lucia Souza Siqueira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

OLINDA 29.03.17

Local e data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PECEFF.PE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000045651-6

Nr. da Autenticação D2F9B50142E32946

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: 11/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000045651-6

Nr. da Autenticação 55E422F1901185A3

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 03/02/2017 12:28

Nome Paciente: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Feminino
Idade: 59
Senha: 0140
Convênio:
Atendimento: SAME



Período: 03/02/2017 12:42 - 03/02/2017 12:43

HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

RELATA ACIDENTE DE MOTO. PACIENTE REFERE DOR EM MID. NG VOMITO E DESMAIO

Observação:

ALERGIA -

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-4

Acolhido(a) por: HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/02/2017 12:43

28 JUN 2017

Página 1 de 1

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA LUIZA SOUZA DE SIQUEIRARG nº 1961944, data de expedição 1/1/1, Órgão

CPF nº 225.193.604.10, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA OPALA NEBEZ</u>
Número	<u>271</u>
Apto / Complemento	<u>- / -</u>
Bairro	<u>ED. PRATOSO</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53.060.450</u>
Telefone de Contato	<u>81-983048580</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA - 29.03.17Assinatura do Declarante: Maria Lúcia de Siqueira

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

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

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



Grupo Neoenergia

www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA CPF: 225.193.804-10	DATA DE VENCIMENTO 17/07/2017	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 16/06/2017	CONTA CONTRATO 004011093430
	TOTAL A PAGAR (R\$) 67,93	DATA DA APRESENTAÇÃO 16/06/2017	Nº DO CLIENTE 2001524378
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA OPALA NEGRA 271 JARDIM ATLANTICO/OLINDA 53060-450 OLINDA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0004085400
RESERVADO AO FISCO 81AF.2E3D.7895.E7EC.04E8.EF68.CF32.8BD8			

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	81,00	0,71248887	57,71
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,67
Contribuição Iluminação Pública			6,00
ICMS Subvenção-CDE-NF 002028271-17/04/17			0,86
Multa por atraso-NF 002028271 - 17/04/17			1,61
Juros por atraso-NF 002028271 - 17/04/17			0,08
TOTAL DA FATURA			67,93

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS			PIS		COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
59,38	25,00	14,84	59,38	1,36	0,80	59,38	6,22
							3,69

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,48036000		
		JUN 17	81
		MAI 17	103
		ABR 17	137
		MAR 17	110
		FEV 17	107
		JAN 17	90
		DEZ 16	132
		NOV 16	84
		OCT 16	107
		SET 16	88
		AUG 16	71
		JUL 16	80
		JUN 16	86

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
RS	%
15,60	26,27
1,65	2,78
13,60	22,80
5,12	8,62
19,32	32,84
60,38	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003011155748	CAT	17/05/2017	7.615,00	16/06/2017	7.696,00	30	1,00000	0,00	81,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 18/07/2017

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2017					
DIC-No.de horas sem Energia	OLINDA	0,05	4,83	9,67	19,34
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,05	2,69	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 20,08					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível do tensão de fornecimento.
Pagamento em atraso gera: Multa 2%(Res. 414/ANEEL-09/09/10) e Juros 1%a.m.(Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 004011093430	MÊS/ANO 06/2017	TOTAL A PAGAR(R\$) 67,93	VENCIMENTO 17/07/2017
--------------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------

05.802.494/0001

TRAÇÃO DE CANCELAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.

Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838400000006 679300110041 011093430103 081433008934



Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219531/17
Vítima: ELIANE PEREIRA DIAS DA SILVA
CPF: 093.368.604-88

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 30/12/2016
Titular do CPF: ELIANE PEREIRA DIAS DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ELIANE PEREIRA DIAS DA SILVA : 093.368.604-88

Autorização de pagamento

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: 28/06/2017
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
CPF : 406.013.406-63

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 28/06/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

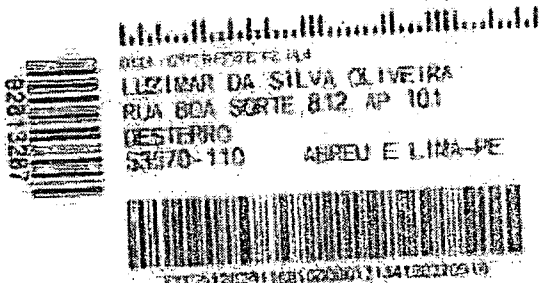
PARA USO DOS CORREIOS

RECEBIMOS ELETRÔNICA - CEGO

- ☐ MUDANÇA
- ☐ DESCONHEÇO
- ☐ ZELADOR
- ☐ FALTEIRO
- ☐ ALBERTO
- ☐ NÃO PRODUZINDO
- ☐ INTERESSO INDIFERENTE
- ☐ CEP INCORRETO
- ☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
- ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO FORNECEDOR OU SÍNDICO



PARA DDD OU DDI,
USE SEMPRE O 31.



PROXIMO A ADREZINHA DA ASSOCIACAO DO MORADORES

FALE COM A GENTE - GRATIS
INTERNET
ANÚNCIO À LISTA

OU RENUNCIAR

ASISTE - 1931

CAIXA POSTAL 01.711
CEP 60053-453, RECIFE - PE

É A FORMA MAIS PRÁTICA E RÁPIDA
DE FAZER SEU PAGAMENTO.

DETALHAMENTO DOS TRIBUTOS INCIDENTES				
DESCRIÇÃO DOS	VALOR DES	VALOR DES	VALOR DES	VALOR DES
SERVIÇOS PRESTADOS	0,25	0,00	0,11	0,02
SERVIÇOS NÃO PRESTADOS	0,00	0,00	0,00	0,00
SERVIÇOS DE SERVIÇOS	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL TRIBUTOS	0,25	0,00	0,11	0,02

CÓDIGO PARA DÉBITO
AUTOMÁTICO

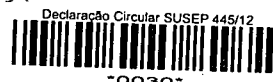
05.802.494/0001
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2-8 JUN. 2017 12701487102

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIBO DE



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA, portador(a) do
RG nº 10.151.898, expedido por SOS - PC, em
23/04/15, CPF/CNPJ nº 406.013.406.63
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARIA LÍDIA
SOUZA DE SIQUEIRA – do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDO?
da vítima A. MESMA, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECURSO Renda Mensal: R\$ RECURSO

Documentos comprobatórios: RECURSO

Assinatura
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



"0006"

UPA 24 HORAS - OLINDA**Resumo da Classificação de Risco - Protocolo****PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP****Data e hora retirada da senha: 03/02/2017 12:23**

Nome Paciente: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Feminino
Idade: 59
Senha: 0140
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 03/02/2017 12:42 - 03/02/2017 12:43**HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação****Prioridade:****Cor:**

VERDE

Queixa Principal: RELATA ACIDENTE DE MOTO, PACIENTE REFERE DOR EM MID. NG VOMITO E DESMAIO**Observação:** ALERGIA -**Fluxograma sintoma:** TRAUMA**Discriminador(es):** - DOR LEVE (1-3/10)**Especialidade:** ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-4

TRAÇÃO CORRETORA

Acolhido(a) por: HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)**Data Impressão: 03/02/2017 12:43****28 JUN. 2017****Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco****Página: 1 de 1**

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

IMIP
HOSPITAL

Atendimento: 1097881

Data e Hora: 03/02/2017 12:46

Senha de Classificação:

Paciente: 238139 MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 23/07/1957

Idade: 59 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: OPALA NEGRA

271

Bairro: FRAGOSO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53060450

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro da Pessoa Física):

Fone: 81-86961476

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino:

() Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Transferido:

Para:

05.802.154-10-1
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Carimbo/Médico

IMOBILIZAÇÃO

28 JUL 2017
Rua da Aurora, Nº 09-7881 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
1096-960

Atendimento: 1098300

Data e Hora: 04/02/2017 12:50

Senha da Classificação:

1098300

Paciente: 238139 MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 23/07/1957 Idade: 59 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: OPALA NEGRA

271

Bairro: FRAGOSO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53060450

Usuário Atendimento: DAYANNELS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 81- 86961476

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Dores no tornozelo

1566, 04/02/2017, 12:50

OLINDA, PE

Exame Físico

sem to em to

RECIBO DE ATENDIMENTO

Hipótese Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

05.802.494/0001--
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017



Carimbo/Médico

Rua da Aurora, Nº 175

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

U²A 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 04/02/2017 12:43

Nome Paciente: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Cód. Paciente: 238139
Data de Nascimento: 23/07/1957
Sexo: Feminino
Idade: 59
Senha: 0167
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 04/02/2017 12:45 - 04/02/2017 12:46

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAUMA EM MID
RENOVACAO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/19)

especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
J5.802:494/0001-41

Data impressão: 04/02/2017 12:46

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

pericec.df

Atendimento: 1098300

Senha da Classificação:

Data e Hora: 04/02/2017 12:50

0167

Paciente: 238139 MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 23/07/1957 Idade: 59 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234587
Endereço: OPALA NEGRA 271 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53060450 Usuário Atendimento: DAYANNELS
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 81- 86961476
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dores no tornozelo direito

há 15 dias

dores no tornozelo direito

Exame Físico

sem alterações

Exame Físico realizado em 04/02/2017 às 12:50h

Hipótese Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

05.802.494/0001-4

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Carimbo/Médico



Rua da Aurora, 10 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

UPA 24 HORAS - OLINDA

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 04/02/2017 12:43

Nome Paciente: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Cód. Paciente: 238139
Data do Nascimento: 23/07/1957
Sexo: Feminino
Idade: 59
Senha: 0167
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 04/02/2017 12:45 - 04/02/2017 12:46

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM MID
RENOVACAO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/02/2017 12:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CODIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Maria Luiza Sousa de Siqueira

REGISTRO: 7369.28 DATA DE NASCIMENTO: 23/07/1957

RG: 1961944 ORGÃO EMISSOR: SDS-PE

ENDEREÇO: Rua Opala Moura N° 271

Jardim Frágola - Olinda

NOME DA MÃE: Lidia Alexandre de Siqueira

DATA ADMISSÃO: 04/02/2017 DATA ALTA: 22/02/2017

DATA DO PROCEDIMENTO: 08/02/2017 CID: S82.7

DIAGNÓSTICO: Fratura de Ombro da Punha Direita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de tíbia Manta

MÉDICO: Carlos Candido Filho

CREMEPE: 18336

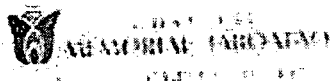
JABOATÃO DOS GURARAPES, 08 DE Março DE 2017

André Luiz Adolfo
051802494/0001-4
CRM-PE 3000
TRACACOR
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

MÉDICO

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Usuário: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
Data: 08/02/2017
Hora: 12:27

Sumário de Admissão e Alta

Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Prontuário: 736928

Atendimento: 118812

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 10 - LEITO 04

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE OSSOS DA PERNA D.D.

CID: S827

Procedimento Solicitado: 0408050508 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado:

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: CAIO HENRIQUE BARBOSA

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesiato: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de UTI

☒ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti - RH

☒ Uso de Prótese Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA E LESÃO DE PELE. SUBMETIDA A CIRURGIA TEMPORARIA - FIXADOR EXTERNO - SEM INTERCORRENCIAS.

Diagnóstico Principal: S827 - FRATURAS MÚLTIPLAS DA PERNA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 04/02/2017

Data da Alta: 22/02/17

dia(s).

05.802.494/0001-4 -
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA
28 JUN 2017
CRN: 70023
Rua da Aurora, Nº 150, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	5356087
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	5356087

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome do Paciente	Nº Prontuário
MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA	738928
Cartão Nacional do SUS	Endereço
701004899340433	0000 - Não Se Aplica
Data de Nascimento	Sexo
23/07/1957	1
Raça/Cor	CS - Parda
Nome da Mãe	Telefone da unidade
LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA	
Nome Responsável	
LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA	
Endereço (Rua, Nº, Bairro)	
OPALA NEGRA, 271 - FRAGOSO	
Município	UF
TLNDA	PE
IBGE	CEP
260960	53050450

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Indícios Sinais e Sintomas Clínicos	
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 01 DIA COM DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA.	

Condições que justificam a internação	
TTO CIRURGICO	

Principais Resultados de Exames Diagnósticos	
RAIO X PERNA D	

Diagnóstico Inicial / Causa	
1- FRATURAS DE OSSOS DA PERNA DIREITA	

CID 10 Principal	

CID 10 Secundário	

CID 10 Causas Associadas	

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
ROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEdia	

Nome do Profissional Solicitante	
Artur Alves	

Data da Solicitação	
04/02/2017	

Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)	
Artur Alves	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
CNPJ Seguradora	
CNPJ / Empresa	
CNAE da Empresa	
05-802-494/0001-4	

Vínculo com a Previdência	
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado	

AUTORIZAÇÃO	
Nome do Profissional Autorizador	
MARIA CECILIA MAC DOWELL	
Cód. Órgão Emissor	
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C	
Boa Vista - CEP: 50.060-010	
RECIFE-PE	

Data da Autorização	
28 JUN 2017	

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
Artur Alves	

Documento	
(X) CNS () CPF	
20153335680007	

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
Artur Alves	

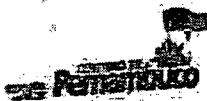
Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
Artur Alves	

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
Artur Alves	

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
Artur Alves	

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
Artur Alves	

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
Artur Alves	



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento		DATA DE SOLICITAÇÃO: 03/02/17 18:45	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: UPA OLINDA		IP SOLICITAÇÃO: 289169	
MÉDICO SOLICITANTE: DANTON MARTINS FILHO			
Identificação do Paciente		IP DO PRECATORIO:	
NOME DO PACIENTE: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA		SEXO: FEMININO	
DATA DE NASCIMENTO: 23/07/1957		TELEFONE DE CONTATO:	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):			
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA			
ENDEREÇO (RUA, AV, BRAS): RUA OPALA NEGRA, 271, FRAGOSO		CPF: 53080450	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: OLINDA		VALOR DO PRECATORIO: 2600000,00	
UF: PE		CEP: 53080450	
Dados sobre o Transporte		DATA DE EMISSÃO: 04/02/17 15:27	
MODO DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA			
OBSERVAÇÃO:			
OBSERVAÇÃO EXCUTANTE:			
Regulador			
NOME REGULADOR: MARIA ANGELA LYRA DE OLIVEIRA CAMPOS			
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA			
TIPO LETO: CIRURGICO			
Assinatura		DATA DE AUTORIZAÇÃO: 04/02/17 15:24	
ESTABELECIMENTO: HOSPITAL MEMORIAL JASOATAO			
MÉDICO AUTORIZADOR:			

05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

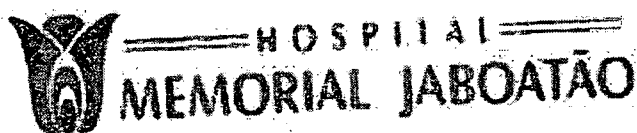
28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

10

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:		2 - CIES:	
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		5 3 5 6 0 6 7	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:		4 - CIES:	
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		5 3 5 6 0 6 7	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE:		6 - ID DO PROFISSIONAL:	
W. Lúcia Souza de Almeida		8 - SEXO:	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):		9 - DATA DE NASCIMENTO:	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):		14 - CID - ICD 10 PRINCIPAL:	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:		15 - CID - ICD 10 SECUNDÁRIO:	
16 - CID - ICD 10 CAUSAS ASSOCIADAS:		17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):	
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:		19 - CID DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ATUAL:		21 - CID DO PROCEDIMENTO - ATUAL:	
22 - DIAGNÓSTICO ORÇAL:		23 - CID 10 PRINCIPAL:	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO:		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(ES)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:		27 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI COM DIÁRIA DE ACOMPANHANTE:		29 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:	
☒ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		30 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:	
☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I		31 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:	
☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II		32 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:	
☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III		33 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:	
34 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:		35 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:	
PACIENTE TRANSFERIDO PARA NOSSO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PATOLOGIA ÓSSEA. SOLICITO MATERIAL DE SÍNTESE PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. SOLICITO AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHANTE + PERMANÊNCIA MAIOR. +			
05.802.494/0001 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA			
PROFISSIONAL SOLICITANTE 36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		37 - DATA DE SOLICITAÇÃO:	
41 - DOCUMENTO:		38 - DATA DE AUTORIZAÇÃO:	
42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		39 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
43 - CID:		40 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
44 - CID:		41 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
45 - CID:		42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
46 - CID:		43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
47 - CID:		44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
48 - CID:		45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
49 - CID:		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
50 - CID:		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
51 - CID:		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
52 - CID:		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
53 - CID:		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
54 - CID:		51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
55 - CID:		52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
56 - CID:		53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
57 - CID:		54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
58 - CID:		55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
59 - CID:		56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
60 - CID:		57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
61 - CID:		58 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
62 - CID:		59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
63 - CID:		60 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
64 - CID:		61 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
65 - CID:		62 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
66 - CID:		63 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
67 - CID:		64 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
68 - CID:		65 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
69 - CID:		66 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
70 - CID:		67 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
71 - CID:		68 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
72 - CID:		69 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
73 - CID:		70 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
74 - CID:		71 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
75 - CID:		72 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
76 - CID:		73 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
77 - CID:		74 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
78 - CID:		75 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
79 - CID:		76 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
80 - CID:		77 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
81 - CID:		78 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
82 - CID:		79 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
83 - CID:		80 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
84 - CID:		81 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
85 - CID:		82 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
86 - CID:		83 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
87 - CID:		84 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
88 - CID:		85 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
89 - CID:		86 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
90 - CID:		87 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
91 - CID:		88 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
92 - CID:		89 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
93 - CID:		90 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
94 - CID:		91 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
95 - CID:		92 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
96 - CID:		93 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
97 - CID:		94 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
98 - CID:		95 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
99 - CID:		96 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	
100 - CID:		97 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	

10



HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Admitida internada neste
Hospital com Fratura de
tibia direita, foi realizado
em 1º tempo o 1º Cierre
de Fratura visando de
tibia D + fixação com
fixador Externo.


Dr. Maria Lira
Cirurgia

05.802.494/0001-4-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 118812

Nascimento: 23/07/1957

Responsável:

Prontuário: 736928

Sexo: Feminino

Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Data e Hora do Atendimento: 04/02/17 20:47:24

Idade: 59 Anos, 6 Meses e 12 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 1561944

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 701004893948493

Nome da Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA

Nome do Pai:

Endereço: OPALA NEGRA, FRAGOSO, CEP: 55060450, Nº 271, OLINDA - PE

RESERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 10 - LEITO 04

Médico: AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473

CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ 01 DIA COM DOR E DEFORMIDADE EM PERNA DIREITA.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NAS (-), DM (-), NEGA ALERGIAS.

EXAME FISICO GERAL:

EGREG, EUPNEICA, AFEBRIL, HIDRATADA

AP - CARDIO - VASCULAR:

ROR EM 2T, BNF, S/S

AP - RESPIRATORIO:

MV + EM AHT, S/RA

DOENÇAS:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

SEM EDEMAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1- FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

05.802

TRACAP - RECIFE

04 JUN. 2017

AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



HOSPITAL JABOATÃO

Centro de Diagnóstico e Tratamento

Usuário: ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA

Data: 08/02/2017

Hora: 12:35

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Prontuário: 736928

Atendimento: 118812

Unidade de Internação / Leito: ENF 13 - LEITO 04

Sexo: Feminino

Idade: 59 Anos, 6 Meses e 16 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S827 - FRATURAS MÚLTIPLAS DA PERNA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TIBIA DIR

Data: 08/02/2017

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

a. 1. Auxiliar Cirúrgico: CAIO HENRIQUE BARBOSA

03. 2. Auxiliar Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

06. Anestesia:

07. Anestesiologista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA

ROTINA ASSEPTICA

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE TIBIA

FIXAÇÃO EXTERNA COM 04 PINOS DE SCHANZ + FIXADOR LINEAR

LIMPEZA COM SF 0,9%

CURATIVO

PROCEDIMENTO REALIZADO SOB CONTROLE RADIOLOGICO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS.

André Luiz Adolfo
Máximo
CRM - PE 20022

05.802.493/0001-41
ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
TRACAO CORRETORA
CRM: 20022 CIROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Código

FAT.SAM.01

Revisão

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Maria Lucia Sousa de Siqueira

REGISTRO: 736928 DATA DE NASCIMENTO: 23/07/1957

RG: 1961944 ÓRGÃO EMISSOR: SDS - PE

ENDEREÇO: Rua Opala Negra N° 271

Jardim Fracasso - Olinda

NOME DA MÃE: Lidia Alexandre de Siqueira

DATA ADMISSÃO: 22/02/2017 DATA ALTA: 24/02/2017

DATA DO PROCEDIMENTO: 22/02/2017 CID: 582.2

DIAGNÓSTICO: Fratura da tíbia direita

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico

de Fratura da extremidade distal
da tíbia direita

MÉDICO: Carlos Candido Filho

CREMEPE: 18336

JABOATÃO DOS GURARAPES, 08 DE Março DE 2017

André Luiz Adolfo
Médico

CRM - PE 20022

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

MÉDICO

28 JUN. 2017

Nome do paciente: HTS. Luis Oduzo de Siqueira			
Clínica: Ortopedia		Enfermaria:	Leito:
Nº prontuário: 120406		Nº AHI:	
Diagnóstico principal (conforme no laudo médico): Fratura de tíbia distal com lesão de ligamento cruzado anterior			CID: S822
Procedimento solicitado: Fixação múltipla			TAXID: 0408050012
Tempo de permanência previsto:			
Procedimento realizado: Fixação de tíbia distal com lesão de ligamento cruzado anterior			CID: S822
TAXID: 0408050012			Matrícula Nº
Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº
01	Cirurgião	Dr. Paulo Camalicio	
02	1. Auxiliar cirúrgico		
03	2. Auxiliar cirúrgico		
04	3. Auxiliar cirúrgico		
05	Demais auxílios cirúrgicos		
06	Anestesiista	Dr. Rodrigo Flew	
07	Clinico		
08	Clinico		
Procedimentos especiais ☐ Mudança do procedimento ☐ Diária de UTI ☒ Diária de acompanhamento ☐ Vacina Anti-Rh ☐ Uso da prótese óssea ☒ Uso de fatores de coagulação ☐ Uso de oxigenadores ☐ Nutrição parenteral			
4. Resumo do caso PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE E RECEBE ALTA EM SEGUIDA ENCAMINHADO AO AMBULATORIO C/ ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E RETORNO.			
05.802.494/0001 TRACÃO CORRETO DE SEGUROS			
Diagnóstico principal: Fratura de tíbia distal		CID: S822	
Diagnóstico secundário: Lesão de ligamento cruzado anterior		CID: S826	
Motivo da alta: múltipla		Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C	
Internação: 32, 12, 17, 24, 02, 17		Boa Vista - CEP: 50.060-010	
Alta: 24, 02, 17		RECIFE-PE	





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356267
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA		736228	
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor
701004693948493	23/07/1967	☐ Masculino ☒ Feminino	03 - Parda
Nome da Mãe		Etnia	
LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA		0000 - Não Se Aplica	
Nome Responsável		Telefone de contato	
LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA			
Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
OPALA NEGRA, 271 - FRAGOSO			
Município	IBGE	UF	CEP
NDA	250960	PE	53000450

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
Paciente relata de trauma e dor e dispendidos em MTD.			
Condições que justificam a internação			
Principais Resultados de Exames Diagnósticos			
Diagnóstico Inicial / Código			
Injúria física - T2 (S)			
CID-10 Principal	CID-10 Secundária	CID-10 Causas Associadas	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado		Código do Procedimento	
Clínica	Caráter da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
	2	() CNS () CPF	
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)
		22/06/2017	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

☐ Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bônus	Série
☐ Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO
☐ Acidente Trabalho Trajetos			

Vínculo com a Previdência			
☐ Empregado	☐ Empregador	☐ Autônomo	☐ Desempregado
☐ Aposentado	☐ Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador		Cód. Orgão Emissor	
MARIA CECILIA MAC. OWELL			
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		
(X) CNS () CPF	20153336580007		
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		



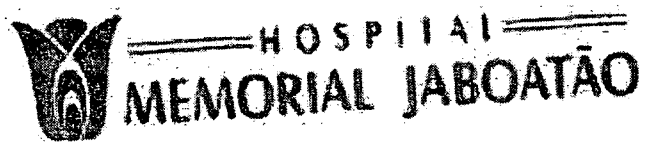
HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

Nº 802.494/9001-4
Nº de Autorização de Internação
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		7 - CIES 53560617	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO		4 - CIES 53560617	
Identificação do Paciente 6 - NOME DO PACIENTE Lucio Souza de Siqueira		8 - Nº DO PRONTUÁRIO 9 - SEXO MASC ☒ FEM ☐	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 11111111111111111111		10 - DATA DE NASCIMENTO 11/11/11	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Lucio Souza de Siqueira		12 - TELEFONE DE CONTATO 13 - Nº DO TELEFONE 1111111111	
14 - ENDEREÇO (CITA Nº, BAIRRO) 11111111111111111111		15 - CID DO MUNICÍPIO 11111111	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 11111111		17 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 11111111	
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 11111111111111111111		19 - CID DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 11111111	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 11111111111111111111		21 - CID DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 11111111	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL 11111111111111111111		23 - CID 10 PRINCIPAL 11111111	
24 - CID 10 SECUNDÁRIO 11111111		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 11111111	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 11111111111111111111		27 - CID DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 11111111	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☒ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III		29 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111		31 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111		33 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111		35 - CID DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 11111111	
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO PACIENTE TRANSFERIDO PARA NOSSO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE PATOLOGIA ÓSSEA. SOLICITO MATERIAL DE SÍNTESE PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. + Acompanhante			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 11111111111111111111		38 - DATA DA SOLICITAÇÃO 20/02/17	
39 - DOCUMENTO 11111111111111111111		40 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 11111111111111111111	
41 - CID 11111111		42 - CID 11111111	
43 - ASSINATURA 11111111111111111111			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 11111111111111111111			
45 - DOCUMENTO 11111111111111111111		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 11111111111111111111	
47 - CID 11111111		48 - CID 11111111	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 28 JUN 2017			
50 - ENDEREÇO E PARÂMETRO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C			
51 - CEP Boa Vista - CEP: 50.060-016			
RECIFE-PE			



HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Paciente submetida
em 3º tempo cirúrgico
a colocação de
prótese da fíbula e
fornecido do HJO.


M.ª Maria Lira
Enfermeira

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

S-294577

Atendimento: 120408

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cartão SUS : 701004893848493

Responsável:

Observação:

Prontuário: 735928 Data/Hora: 22/02/2017 09:58:15 Naturalidade:
 Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA Data de Nascimento: 23/07/1957
 Sexo: FEMININO Idade: 59 Anos 7 Meses 7 Dias Profissão:
 CPF: Identidade: 1961944 - SSP/PE Fone:
 Est. Civil: SOLTEIRO Cônjuge:
 Escolaridade:
 Nome do Pai:
 Nome do Mãe: LIDIA ALEXANDRE DE SIQUEIRA
 Endereço: OPALA NEGRA Bairro: FRAGOSO
 CEP: 53061-450 Cidade: OLINDA UF:

Médico: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO CRM: 18338
 Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

Por a dor lombar sem HED cepo
travessia

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

travessia lumbal : T12 @

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

Dr. Maria Lira
CRM: 18338

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO

CIENTE:

05.502.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Data: / / - Hora da Saída: : h - Médico:

Av. Gal. Manoel Rebelo, 125 - Centro - CEP: 54150000 - Jaboaão dos Guararapes

Telefone: (81) 3452-2850 - www.tnqpe.org

28 JUN. 2017



HOSPITAL
 MEMORIAL JABOATÃO

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

 HOSPITAL SANTA MARIA Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE	RELATÓRIO DE OPERAÇÃO		Prontuário: 736928 Atendimento: 170308 Data: 22/02/2017
	Paciente: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA	Unidade / Leito: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA ENF 10 - LEITO 04	

Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO		2º Assistente: HUGO SOARES FERNANDES
1º Assistente: CAIO HENRIQUE BARBOSA	Instrumentador: 	
3º Assistente: 	Anestesiologista: RAQUI ANESTESIA	
Anestesiologista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA		Hora Fim Anestesia:
Hora Início Anestesia: 	Hora Início: 	Hora Término:
da Operação: 22/02/2017		

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: 5823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

TIPO DE OPERAÇÃO REALIZADA:
FRATURA DA TÍBIA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:
5823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

ACIDENTES DURANTE A OPERAÇÃO:

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO:

TENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
 EPLIA E ANTISSEPSE
 TCCO DE CAMPOS ESTEREIS
 SAO LONGITUDINAL SOBRE TOPOGRAFIA DE MALEOLO LATERAL DIREITO
 SECCAO POR PLANOS
 REALIZACAO DE FOCO FRATURARIO EM MALEOLO LATERAL DIREITO
 CONJUGACAO DE FRATURA COM PARAFUSO INTERFRAGMENTARIO + PLACA 1/3 DE CANTO E PARAFUSOS
 CONFIRMACAO DE REDUCCAO ANATOMICA COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
 LIMPEZA COM SF0.9%
 SUTURA
 VISUALIZACAO DE FOCO FRATURARIO EM REGIAO POSTERIOR E DISTAL DE TIBIA DIREITA
 FIXACAO DE FRATURA COM PARAFUSO PERCUTANEO ESPONGIOSO 3,5
 CONFIRMACAO DE REDUCCAO DE FRATURA COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
 VISUALIZACAO DE FOCO FRATURARIO EM REGIAO DE DIAFISE/TERCO DISTAL DE TIBIA DIREITA
 INCISAO SOBRE TOPOGRAFIA DE MALEOLO MEDIAL DIREITO
 FIXACAO DE FRATURA DE TIBIA DIREITA COM PLACA LCP E PARAFUSOS - METODO TIPO PLACA PONTE MINIMAMENTE INVASIVO
 LIMPEZA COM SF0.9%
 SUTURA
 CURATIVO

05.802.494/0001-11
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Dr. Hugo S. Fernandes
 Médico
 CRM-PE: 22.847

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

Atendimento: 130861

Idade: 59 Anos, 11 Meses e 5 Dias

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Usuário Logado: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA
DA SILVA

Data: 28/06/2017

Prontuário: 736928

Leito Obs:

Sexo: Feminino

RECEITUÁRIO

Descrição:

LAUDO MÉDICO

À PERÍCIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE OSSO DA PERNA DIREITA, SUBMETIDA A CIRURGIA EM 22/02/17.
EVOLUIU COM BOA CONSOLIDAÇÃO SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL.
EXAME FSICIO SEM ALTERAÇÕES.
RECEBE ALTA HOJE DA ORTOPEDIA.

CID 10: S82.7

Jaboatão dos Guararapes

28/06/2017

André Luiz Adolfo
Médico
CRM - PE 20022

Médico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA
DA SILVA
Conselho: 20022

05.802.494/0001-4.
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PEFIFE-DE

Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
Atendimento: 135586
Idade: 60 Anos, 1 Mês e 1 Dia
Convênio: SUS - AMBULATORIO

Usuário Legendado: PAULA CARDOSO DE MEDEIROS
Data: 23/08/2017
Prontuário: 736928
Leito Obs:
Sexo: Feminino



RECEITUÁRIO

Descrição:
LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA FINS PERICIAIS QUE A SENHORA MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA, 60 ANOS, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA EM 22/02/2017 NESTE SERVIÇO.

PACIENTE EVOLUI COM SINAIS CLÍNICOS E RADIOGRÁFICOS DE FRATURAS CONSOLIDADAS, APRESENTA, AO EXAME FÍSICO ARCO MOVIMENTO FUNCIONAL E DEAMBULA COM CARGA TOTAL, REFERE DOR EM FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA DIREITA QUE CAUSA DIFICULDADE PARA REALIZAR SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS.

ENCAMINHADA A FISIOTERAPIA PARA ANALGESIA E REFORÇO MUSCULAR.

NO MOMENTO, A PACIENTE ENCONTRA-SE SEM INDICAÇÃO DE NOVAS ABORDAGENS CIRÚRGICAS.

SOLICITO REAVALIAÇÃO PERICIAL.

SBR?

05.802.40.0001-7
TRATAMENTO
FÍSICO

24 AGO. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

7111-1111

Jaboatão dos Guararapes,

23/08/2017

Dr. Paula Cardoso
Ouro Preto e Aracaju
CRM: 23.999

Médico: PAULA CARDOSO DE MEDEIROS
Conselho: 23999

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0248367/17
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
CPF: 225.193.604-10

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/02/2017
Titular do CPF: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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

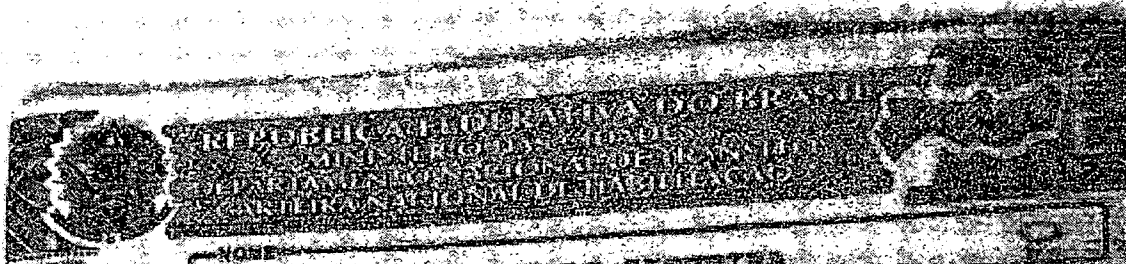
Data da entrega: 24/08/2017
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
CPF: 406.013.406-63

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho



PROIBIDO PLASTIFICAR
1422101973

DATA RECEIVED
22/07/1992

DATE 12-1-77

03/02/2016

OBSERVAÇÕES	
A	

Linda Siquero

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA EMISSÃO
26/04/2017

Charles Andrew Sousa Ribeiro
 Charles Andrew Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente

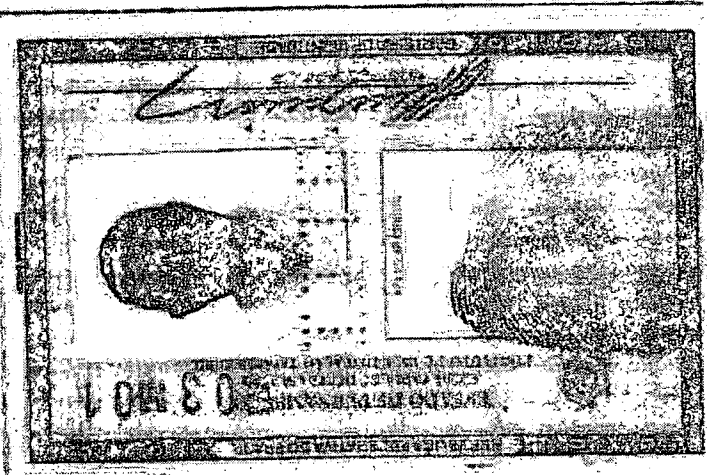
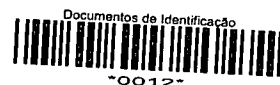
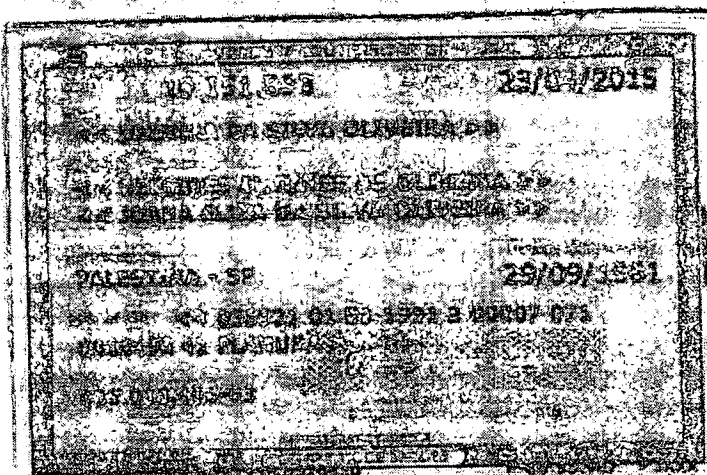
ASSINATURA CD DISSON

PERNAMBUCO

0407440001-4
TRACAO CORRIGIDA
DE SEGUROS LTDA
28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902-BL. C
Boa Vista - CEP. 50.060-010

OFFICE OF



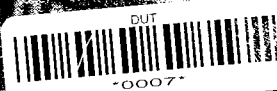
05.802.494/0001-1
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS



Nº 013155903081

BETHAN PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	1/30 RESERVA	RN LRC	2017
1	1066267550	*****	

MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

OLINDA-PE

CPF / CNPJ	PLACA
225 193 604-10	POC6730

PLACA ANT / UF	CHASSI
***** PE	1AXXCBLXK5271393

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS / CICLOMOTOR	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB - ANO MOD
I/SHINERAY XY 50 Q	201 - 2011

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	CONDIÇÃO DE VEICULO
2P/49CL	PARTIC	VEICULO

COTA UNICA	VENH. COTA UNICA	VENH. COTAS
IPVA 2017 QUITADO	1	*****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2
1	*****	3

PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

OLINDA	DATA
	11 JUL 2017

05.802.491/0001-4
TRACAO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, 51 902 BL
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0248367/17
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
CPF: 225.193.604-10

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/02/2017
Titular do CPF: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
DUT

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: 11/07/2017
Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
CPF : 406.013.406-63

LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 11/07/2017
Nome: Jose Soares da Silva Filho
CPF: 194.764.344-49

Jose Soares da Silva Filho

**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): **MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA** Sinistro: **3170360350** Data: **03/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **R OPALA NEGRA, 271 - FRAGOSO - Olinda - PE - CEP 53060-450**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **1961944**

Data local do exame: [**04/09/2017**] **Recife** [**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 distal dos ossos da perna direita. . Vítima refere dor intensa na perna direita com prejuízo da deambulação. Ao exame apresenta limitação severa da amplitude dos movimentos do tornozelo direito, edema residual, 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.
A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico em 3 tempos. Primeiro tempo redução incruenta e fixação externa. Segundo tempo osteossíntese de fíbula com placa e parafusos. Terceiro tempo osteossíntese de tíbia com placa e parafusos. Evoluiu com osteomielite sendo superada com antibioticoterapia. Realizou tratamento fisioterápico.

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.

Limitação funcional do membro inferior direito

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

() "Sem sequela permanente" (Não 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 inferior direito

% 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

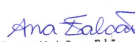
Região Corporal (Sequela):

% 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.


Dra. Ana Maria Barros Falcao
CPF: 276.995.874-72
CRM: 8978-PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170360350 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 03/02/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal dos ossos da perna direita.

Descrição do exame médico pericial: Vítima refere dor intensa na perna direita com prejuízo da deambulação. Ao exame apresenta limitação severa da amplitude dos movimentos do tornozelo direito, edema residual, marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico em 3 tempos. Primeiro tempo redução incruenta e fixação externa. Segundo tempo osteossíntese de fíbula com placa e parafusos. Terceiro tempo osteossíntese de tíbia com placa e parafusos. Evoluiu com osteomielite sendo superada com antibioticoterapia. Realizou tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/09/2017

Conduta mantida: Não

Observações: Já indenizado como dano leve do membro inferior direito. De acordo com novo exame vítima com agravos, complementar para dano moderado do membro inferior direito.

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: CASADA
 Profissão: POSTULANTE
 Identidade: 1961944 CPF: 225.193.604-10
 Endereço: RUA D'ALVA NEGREI, 271 - Jd. FERRASO - OLINDA - PE

OUTORGADO:

Nome: LUCIMAR DA SILVA OLIVEIRA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: DIVORCIADO
 Profissão: AUTÔNOMO
 Identidade: 10.151.898 CPF: 406.013.406-63
 Endereço: R. BOA SORTE - 817 - AP 301 - Jd. FERRASO - OLINDA - PE

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

OLINDA 29.03.17

LOCAL E DATA:



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

05.802.494/0001-
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

28 JUN. 2017

12 Cartoria de Notas de Olinda

Preço do Cartão R\$ 5,00

Reconhecido por autoridade(s) tire(s) apostila(s) na minha presença de

Olinda, 29 de março de 2017 (1482200).

Francis Alves Andrade de Almeida - Escrevente Autorizado

Escritório, R. 3-42 1800 R\$ 1,17 TOTAL R\$ 4,83

Consulte autenticidade em: www.jus.br/selecionados



Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

**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): **MARIA LUCIA SOUZA DE SIQUEIRA** Sinistro: **3170360350** Data: **03/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **R OPALA NEGRA, 271 - FRAGOSO - Olinda - PE - CEP 53060-450**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds /PE**] **1961944**

Data local do exame: [**25/07/2017**] **Recife** [**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 fechada distal da tibia direita. Ao exame físico, vítima apresenta edema residual na perna direita. Marcha claudicante com discreto encurtamento do membro inferior direito.

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.
Tratamento cirúrgico com colocação de placa e parafusos. Realizou fisioterapia.

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.

Limitação funcional do membro inferior direito

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 inferior direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 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

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.


Antonio Henrique Moreira - CRM: 2445 - PE