

---

**Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200272969**

**Vítima: MARINEIDE MARQUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARINEIDE MARQUES DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272969

Vítima: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Data do Acidente: 09/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 000000199873-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 86928554487 4 - Nome completo da vítima: Marneide Marques da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Marneide Marques da Silva 6 - CPF: 86928554487  
7 - Profissão: Doméstica 8 - Endereço: Rua Alto do Bombrui 9 - Número: 59 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Voz do Boma 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52280455  
15 - E-mail: creusa.tufomas 16 - Tel.(DDD): (81) 98671.1713

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0049 CONTA: 00199843 0 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 31 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0107000442**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/07/2020** às **08:29**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **9/12/2019** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR, 01 - Bairro: ALTO DO MANDU - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 52071-035**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
MARINEIDE MARQUES DA SILVA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**MARINEIDE MARQUES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA CONCEICAO SANTANA SILVA Pai: LUIZ MARQUES DA SILVA Data de Nascimento: 3/7/1961 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2210748/SDS/PE (RG) 86928554487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Endereço Residencial: RUA ALTO DO BAMBUI, 59 - CEP: 55000-000 - Bairro: VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

**Complemento / Observação**

**COMUNICA A SENHORA MARINEIDE QUE FOI VITIMA DE ATROPELAMENTO NA AVENIDA NORTE, NAS**

PROXIMIDADES DO SUPERMERCADO O DESKONTÃO NO BAIRRO DE CASA AMARELA, POR UMA MOTOCICLETA E QUE O CONDUTOR SOLICITOU A PRESENÇA DO SAMU, OCORRENCIA Nº 3-719400 E RETIROU-SE DO LOCAL, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA A UPB DE OLINDA E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS; RETAURAÇÃO E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL MEMORIAL DE JABOATÃO ONDE FOI REALIZADA UMA INTERVENÇÃO CIRURGICA DEVIDO A FRATURA DO MALLEOLO LATERAL, NO DIA 20/12/2019. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

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

MARINEIDE MARQUES DA SILVA  
(VITIMA)

*marineide marques da Silva*

B.O. registrado por: OZIMAR PINHEIRO BRAGA - Matrícula: 3809560  
(Liberado em 30/07/2020 às 08:54)

*Ozimar Pinheiro Braga*



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 86928554487 4 - Nome completo da vítima: Marneide Marques da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Marneide Marques da Silva 6 - CPF: 86928554487  
7 - Profissão: Doméstica 8 - Endereço: Rua Alto do Bombril 9 - Número: 59 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Vaso da Boma 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52280455  
15 - E-mail: cruzeiro.tufomas 16 - Tel.(DDD): (81) 98671.1713

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0049 CONTA: 00199843 0 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 31 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Marneide Marques da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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: 10/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000199873-0

---

Nr. da Autenticação DCDCC507377ECF50



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 86928554487 4 - Nome completo da vítima: Marneide Marques da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Marneide Marques da Silva 6 - CPF: 86928554487  
7 - Profissão: Doméstica 8 - Endereço: Rua Alto do Bombrui 9 - Número: 59 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Voto da Boma 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52280455  
15 - E-mail: creusa.tufomas 16 - Tel.(DDD): (81) 98671.1713

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0049 CONTA: 00199843 0 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 31 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Marneide Marques da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0065943-83 | [www.cepe.com.br](http://www.cepe.com.br)

### DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DA SILVA  
PROX AO TERMINAL DE ONIBUS

CPF: 014.751.244-14 NIS: 16386000154

### CLASSIFICAÇÃO

B1- RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
075482352	ÚNICA	28/08/2019
APPROPRIAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/08/2019	2001232131	1713710

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 3 SEMPRE VIVA / R

CURADO III/CAVALEIRO  
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE  
54000-000

COMTA CONTRATO	MESIANO
2293634010	08/2019
DATA DE VENCIMENTO:	DATA PROCESSAMENTO LITURIA
04/09/2019	26/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	29,38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	50,0000000	0,32794015	16,39
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,04
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,57
Contrib. Ium. Pública Municipal			5,18
Multa por atraso-HF 071-48598 - 29/07/19			0,48
Juros por atraso-HF 071-48598 - 29/07/19			0,01

TOTAL DA FATURA

29.38

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
8819603	CAT	28-07-2018	18.278,00	28-08-2018	19.359,00	30	1.080,00		90,00

## HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Year	Rate
NOV	19	60
OCT	19	65
SEP	19	73
AUG	19	80
JUL	19	88
JUN	19	93
MAY	19	97
APR	19	100
MAR	19	100
FEB	19	94
JAN	19	83
DEC	18	76
NOV	18	60
OCT	18	48
SEP	18	63
AUG	18	76

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	11,73	0,74	0,17
COFINS	13,71	3,4	0,81

COMPOSE, ADD, COLLECT

do Ene	R\$	11,50	40,00
ção	R\$	1,15	4,00
ção (Cópia)	R\$	7,35	24,00
do Ene	R\$	2,75	9,00
do Setor	R\$	0,00	0,00
	R\$	0,00	0,00
	R\$	23,75	80,00

## TAREFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 101Wh  
Consumo Médio superior a 22 até 110Wh

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**[illegible]

As condições ideais de funcionamento (Pensamento ANIEL 41-42) (O, tw) são, portanto, os efeitos positivos do uso de um sistema de suspensão, para garantir, em todos os momentos, a alternância e a rigidez da base de apoio.

#### DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONCENTR VARIETA	VALOR APUNTO DIFEREN	LIMITE MEDIAL	LIMITE TERMINAL	LIMITE ANGUL	NO
DIC	0,00	5,07	10,16	20,30	
FIC	0,00	5,21	8,47	12,96	
DMC	0,00	2,88	0,00	0,00	

### NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	inferior	superior
220	202	231

Linha 0000 12.22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 11,24

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2293834010	08/2019	04/09/2019	29,3

83890000000-5 29380011002-4 29363401010-0 14265545873-7



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Fulmina Maria da Silva Nascimento

inscrito (a) no CPF/CNPJ 111.691.044 / 60 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marinete Marques da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 869.285.544 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Marinete Marques da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 869.285.544 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>3ª. Sempre Viva</u>	Número: <u>78</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parado II</u>	Cidade: <u>Jaboatão dos G.</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>recuso informar</u>	CEP: <u>54000-000</u>	Tel.(DDD): <u>(81) 98671.1713</u>

Local e Data: Recife, 31 de julho de 2020

Fulmina Maria da Silva Nascimento  
Assinatura do Declarante



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0065943-93 | [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

**DADOS DO CLIENTE**

MARIA JOSÉ DA SILVA  
PRÓX. AO TERMINAL DE ONIBUS

CFF: 014 751 244-14 NIS 16386000154

### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM FMS

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

TV 3 SEMPRE VIVA TR

CURADO INCAVALEIRO  
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE  
54000-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
075482302	ÚNICA	28/08/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/08/2019	2001222331	1715710

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2293634010	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
04/09/2019	26/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	29,38

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,19124008	5,73
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	50,00000000	0,32794015	18,39
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,04
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,18
Multa por atraso-NF 071498598 - 29/07/19			0,48
Juros por atraso-NF 071498598 - 29/07/19			0,01

TOTAL DA FATURA

2938

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MBR0603	CAT	29-07-2019	19.279,00	28-08-2019	19.358,00	30	1,0000		80,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
MEDIANO kWh		
AGO-18 63		Geração de Energia R\$ 11,58 48,37%
JUL-18 66		Transmissão R\$ 1,15 4,83%
JUN-18 73	ICMS	Distribuição (Cetep) R\$ 1,23 29,24%
MAR-18 93	PIS 22,72 0,74 0,17	Perdas de Energia R\$ 2,33 5,40%
ABR-18 89	COFINS 23,70 3,42 0,81	Energia Setorial R\$ 0,89 3,94%
MAR-18 93		Tributos R\$ 0,50 4,13%
FEB-18 74		Total R\$ 23,73 100%
JAN-18 83		
DEZ-18 75		
NOV-18 80		
OCT-18 118		
SET-18 83		
AGO-18 76		

TARIFFAS APLICADAS
Consumo Abaixo de 30 kWh: 0,1832845
Consumo Abaixo Superior a 30 até 100 kWh: 0,3142005

RESERVADO AO FISCO
6B8B CC44 B9ED 3479 2A81 BE34 A5EC DD74

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

As condições gerais de fornecimento (Preço de ANEEL, 4145/01) e, portanto, produzida, ser vigia prestadas e tributos se encontram à disposição, para consulta, em todas as unidades de abastecimento e no site [www.cabex.com.br](http://www.cabex.com.br)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO		
CONSENTO VARIAZ	VALOR APURADO R\$/MIS	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						MINIMO	MAXIMO
DIC	0,00	5,67	10,15	20,30	220	202	231
FIC	0,00	3,23	6,47	12,95			
DMC	0,00	2,86	0,00	0,00			

Limite DCM: 12,22

R\$100 = Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$11,04

CONTA CONTRATO	MES/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
2293634010	08/2019	04/09/2019		29,38
838900000000 5 29380011002 4 29363401010-0 14265545873-7				

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

9.272.633

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

21/02/2014

NOME

<< JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO

<< JOSIAS CARDOSO DO NASCIMENTO >>

<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

23/04/1995

DOC. ORIGEM

<< 074435 01 55 1996 1 00046 296

0054531 50 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE >>

CPF

111.691.044-60

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

C-23



POLEGAR DIREITO



Juliana Maria da Silva Nascimento

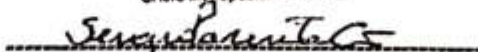
ASSINATURA DO TITULAR

### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	008.02.2020
DATA	10.02.2020

Atendendo ao requerimento da Sra. **JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO**, portadora do Documento de Identidade nº **9272633** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **111.691.044-60**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-719400**, que no dia 09 de dezembro de 2019, a paciente Sra. **MARINEIDE MARQUES DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **2210748** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **869.285.544-87**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito por atropelamento envolvendo moto, por volta das 17h51, na Avenida Norte, imediações a Entrada do Morro da Conceição, em frente ao Descontão, no bairro Casa Amarela, Recife/PE e, sendo direcionada para a UPA Olinda. Recife, 10 de fevereiro de 2020.

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



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

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450



## Protocolo de Encaminhamento

### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 5834172

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Pac: 830612 - MARINEIDE N. ARQUES DA SILVA Idade: 58  
Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO SANTANA SILVA 03/07/1961 Fone: \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: Recife

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S ( ) N ( )  
Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: paciente com queixa de dor no tórax  
há 1 hora, intensidade 8/10, tipo queimadura  
Hipótese Diagnóstica: infarto agudo do miocárdio

### AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN\*: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100

**EXAME REUROLÓGICO**

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estímulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

**ABERTURA OCULAR**

Abertura Ocular Espontânea 4  
Abertura Ocular a voz 3  
Abertura Ocular a dor 2  
Sem abertura ocular 1

**RESPOSTA VERBAL**

Orientado 5  
Confuso 4  
Resposta Inapropriada 3  
Sons Incompreensíveis 2  
Sem resposta verbal 1

**RESPOSTA MOTORA**

Obedece ao comando 6  
Localiza Estímulo Doloroso 5  
Retirada ao Estímulo Doloroso 4  
Descorticação 3  
Descerebração 2  
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: \_\_\_\_\_

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )

Dificuldade na fala ( )

Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midriase ( ) Miose ( )

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

**NATUREZA DA LESÃO**

Presença de sangramento externo: S ( ) N (✓)

Lesões Intra-Torácicas: S ( ) N ( ) Fratura Pélvis: S ( ) N ( )

Lesões Intra-abdominais: S ( ) N ( ) Fratura em Osso Longo: Fechada ( ) Aberta ( )

**USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Usou álcool: S ( ) N ( ) Informante: Vítima ( ) Outros ( )

Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação ( ) Alteração no Humor ( )

Usou outras drogas: S ( ) N ( ) Informante: Vítima ( ) Outros ( )

Lolô ( ) Maconha ( ) Cola ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Lança-perfume ( ) Anfetaminas ( ) Êxtase ( )

**CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO**

Imobilização da Coluna Cervical: S ( ) N ( )

Imobilização Tala Gessada: S (✓) N ( )

Antibioticoterapia: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Oxigenioterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S ( ) N ( )

Entubação Orotraqueal: S ( ) N ( )

Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_

FIO2: \_\_\_\_\_

Reanimação Cardiopulmonar: S ( ) N ( )

RX: S ( ) N ( ) Analgesia: S ( ) N ( )

Infusão de Fluidos: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

Outras Condutas: \_\_\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA****CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: \_\_\_\_\_

Médico Regulador: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Transferência com acompanhamento Médico: S ( ) N (✓)

Local e data

Médico Assistente





**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS**  
**SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA**



## **BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

**NOME: MARINEIDE MARQUES DA SILVA .**

**1. Ocorrência da Emergência: 807304**

**1.1 - Atendimentos em: 10/12/2019.**

**1.4 - Retirou-se às hr. 16 e 27 min.**

**2. Internamento Eletivo – Reg. 1138859 Geral No.**

**2.1 – Internado em: 10/12/2019.**

**2.2 - Alta em: 11/12/2019.**

**3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO ( MALÉOLO LATERAL) + TCE.**

**4. Tratamento: AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA, CIRURGIA GERAL, REALIZAÇÃO DE TAC DE CRÂNIO. TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO PARA PARECER DA NEURO CIRURGIA.**

### **5. Observação:**

DATA: 1.4.2020

HORA: 12:31:52

PASTA: 01.04.2020

RC

LP

**Roberta C. de Almeida**  
C. Médica - Gastroenterologia  
Mat. HGV 24.6305-3  
CRM - 114.424

---

**Drª. Roberta C.**



# HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 807304

Prontuário: 0001138859

Nome: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Data Nasc.: 03/07/1961

Idade: 58

Sexo: FEMININO

CPF:

RG: 2210748

CNS:

Endereço: RUA ALTO DO BAMBUI

Nº 59

Bairro: ALTO JOSE BONIFACIO

Cidade: RECIFE

CEP: 52280370

Estado: PERNAMBUCO

Telefone: 86714634

Nome da Mãe: MARI DA CONCEICAO SANTANA SILVA

Acompanhante: FILHO (A)

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5834172 \* PACIENTE REFERE DOR + LIMITACOES DE MOVIMENTOS EM MIESQ APOS ATROPELAMENTO POR MOTO HA 2 DIAS

## 2 - ATENDIMENTO

Data: 10/12/2019

Hora: 16:27

### Queixa Principal/HDA

PACIENTE RELATANDO TER SIDO VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA, POR VOLTA DAS 17:00H DE ONTEM; EVOLUINDO COM DOR + EDEMA + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO; REFERE AINDA QUE VEIO A BATER A REGIÃO OCCIPITAL DO CRANIO AO CHÃO, ONDE REFERE DOR LOCAL; NEGA ALERGIAS, COMORBIDADES, GESTAÇÃO; SEM SANGRAMENTOS

### História do Trauma

Perda da Consciência:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Episódio Emético:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Acidente de Trabalho:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
Acidente de Trânsito:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:			
Colisão:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:	Motorista <input type="radio"/>	Passageiro <input type="radio"/>	
Atropelamento:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:	Sofreu Queda:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	
Queimadura:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Por:	Transporte Realizado por:		
Condições de imobilização adequadas:	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Por que:			

### Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pervia:	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	O paciente fala:	<input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Temp.:
BEG, AAA, COTE, LIMITADA A MACA					
B: Respiratório:					
EUPNEICO, EM O2 AMBIENTE					
C: Circulatório	PA:	Pulso:			
HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL					
D: Exames Neurológico	Deficiência Motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="radio"/> Anisocóricas <input type="radio"/>			
Glasgow: Abertura ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora			
Score: Hora:	Escore: Hora:	Escore: Hora:			
GLASGOW 15					
E: Abdomen					
FLACIDO E INDOLOR					
Diagnóstico Inicial: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO (MALEOLO LATERAL) + TCE?					
Exames/ Conduta:					
SOL AVALIAÇÃO DA CIR GERAL; AGUARDA LIBERAÇÃO PARA INTERNAMENTO PARA CIR ELETIVA PELA ORTOPEDIA					
Definição do Caso:					
Internamento <input type="radio"/>	Cirurgia <input type="radio"/>	Óbito <input type="radio"/>	Termo de Alta <input type="radio"/>	Evadiu-se <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/> Transferência <input type="radio"/>

DANIEL SALDANHA DE MEDEIROS - CRM: Nº.24314

Médico



0301060100  
0301100012  
0301010048





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



SERVIÇO SOCIAL  
FICHA SOCIAL

CARTÃO SUS:

Nº REGISTRO: 6638859

NOME COMPLETO:

Monneide Marques da Silva

NOME SOCIAL:

DATA DE NASCIMENTO: 03/07/1962

IDADE: 58

☐ EMERGÊNCIA

☐ ENFERMARIA

LOCAL:

Corredor

ENDEREÇO:

Rua Alta do Bomfim, nº 59 - Alta Laxe Bonfim

CIDADE:

Recife

UF:

CEP:

TELEFONE P/CONTATO:

999593293 - Andreia (mãe)

SEXO: ☒ F ☐ M

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? ☒ NÃO ☐ SIM - QUAL?

ESTADO CIVIL: ☒ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ SEPARADO ☐ VIÚVO ☐ OUTROS:

ESCOLARIDADE:

☐ NÃO ALFABETIZADO

☐ FUNDAMENTAL COMPLETO

☐ MÉDIO COMPLETO

☐ SUPERIOR COMPLETO

☐ APENAS ASSINA O NOME

☐ FUNDAMENTAL INCOMPLETO

☒ MÉDIO INCOMPLETO

☐ SUPERIOR INCOMPLETO

☐ EDUCAÇÃO INFANTIL

☐ OUTROS:

SITUAÇÃO OCUPACIONAL:

☐ EMPREGADO C/CARTEIRA ASSINADA

☐ SERVIDOR PÚBLICO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ DO LAR

☐ EMPREGADO S/CARTEIRA ASSINADA

☐ AUTÔNOMO

☐ AUXÍLIO DOENÇA

☐ ESTUDANTE

☐ PENSIONISTA

☐ AGRICULTOR

☐ BPC/OUTROS

RESIDE:

☐ FAMILIARES

☐ AMIGOS

☒ SOZINHO

☐ ABRIGO

☐ EM SITUAÇÃO DE RUA

☐ EM SISTEMA PRISIONAL

AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHANTE

☐ PACIENTE ASSEGURADO POR LEI

☐ DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MÉDICA E O QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE:

ASSINATURA E CARIMBO DA(O) ASSISTENTE SOCIAL

ASSINATURA E CARIMBO DO (A) MÉDICO (A)

ACOMPANHANTE

NOME DO ACOMPANHANTE:

Roberta Marques Ferreira

Nº DE DOCUMENTO:

4828095-50306

GRAU PARENTESCO:

Filha

TELEFONE:

986764637

☒ RECEBEU INFORMAÇÕES SOBRE A DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE.

ASSINATURA:

Roberta Marques Ferreira

OBSERVAÇÕES:

Reside sozinho. (7) rua, 503, Roberta Marques Ferreira. É filha de Monneide Marques da Silva e Andréia Marques da Silva. Não possui nenhuma doença crônica ou aguda, nem nenhuma deficiência.

A AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHANTE PODERÁ SER CANCELADA A QUALQUER MOMENTO, POR RESTRIÇÃO E/OU DESCUMPRIMENTO DAS NORMAS E ROTINAS DO HOSPITAL

ASSINATURA E CARIMBO DA(O) ASSISTENTE SOCIAL

DATA: 10/12/19

Avenida General San Martín s/n - Cordero  
Recife/PE - CEP 50.830-060  
Fone: 0XX.81.31845600

Paciente: 1138859 - MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Idade: 58 Anos 5 Meses 8 Dias

Data de Nascimento: 03/07/1961

Prestador Assistente: HOSPITAL GETULIO VARGAS

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 5555

Função: MEDICO(A)

**RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO**

Atendimento 807340

Leito: BOX2 FEM 23

Admissão: 10/12/2019 22:52

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

**EVOLUÇÃO: 799597 (FECHADO)**Responsável: DANIELLE COUTO OLIVEIRA LUNA - CRM  
14714 / CIRURGIA GERALData de Referência: 11/12/2019  
Data/Hora do Documento: 11/12/2019 10:49

Paciente retorna com TAC de crânio com imagem hiperdensa em lobo frontal esquerdo podendo corresponder a sangramento. No momento, queixando-se de cefaléia e dor cervical ( sem colar). Nega dor abdominal, dor torácica. Indicação de internamento pela ortopedia devido a fratura fechada de tornozelo esquerdo. Ao exame: EGR, eupneica, corada, hidratada, consciente e orientada. FC: 88bpm. MV presente em AHT sem RA. ABD: flácido, indolor. ECG: 15 isocórica. Equimose em região occipital. CD: colar cervical. Parecer da NCR no HR com senha 583591.

Dra. Danielle Couto  
MédicaCRM: 14714  
DANIELLE COUTO OLIVEIRA LUNA  
CRM 14714





## FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1522863/2019.

NOME: MARINEIDE MARQUES DA SILVA.

Foi atendido às 11h47 do dia 11.12.2019.

Diagnóstico provável: TCE LEVE  
FRATURA FERMADA DE MALEOLO LATERAL  
ESQUERDO.  
(ATROBELAMENTO)

Tratamento realizado: TAC DE CRÂNIO SEM LESÕES  
NEUROCIRÚRGICAS + TAC DE CERVICAL S/ LESÃO  
TALA GESSADA  
ALTA DA NEUROCIRURGIA.  
EXAMES LABORATORIAIS

Obs. RETORNO AO SERVIÇO DE ORTOPEDIA - HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS EM 16-12-2019.

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 14-02-2020

DES - Hospital da Restauração  
Dr. Gilberto Wanderley L. B.  
Médico de ORT.

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

F.AT.SAM.01

00

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

NOME: Marineide Marques da Silva

REGISTRO: 779053 DATA DE NASCIMENTO: 03 / 07 / 1961

RG: 2.210.748 ORGÃO EMISSOR: SDS / PE

ENDEREÇO: Rua: Alto do Bambui n:59  
Vasco da gama Recife

NOME DA MÃE: Maria de Conceição Santana Silva

DATA ADMISSÃO: 18 / 12 / 2019 DATA ALTA: 21 / 12 / 2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 20 / 12 / 2019 CID: S 82.6

DIAGNÓSTICO: Fratura do maléolo Lateral  
Esquerdo

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de  
Fratura Unimaleolar do Tornozelo  
Esquerdo

MÉDICO: \_\_\_\_\_

CREMEPE: \_\_\_\_\_

JABOATÃO DOS GURARAPES, 10 DE março DE 2020

Victor M. C. Cardoso  
Médico  
CRM-PE 27429

MÉDICO



## Sumário de Admissão e Alta

Nome: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Prontuário: 779053

Atendimento: 259825

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 13 - LEITO 05

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA MALEOLO LATERAL ESQ

CID: S826

Procedimento Solicitado: 0408050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Cirurgião: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Clinico:

08. Clinico:

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

Observação do Caso: PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S826 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 18/12/2019

Data da Alta: 20/12/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s).

### TERMO DE ASSISTÊNCIA SUS

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG de número \_\_\_\_\_, declaro que recebi assistência pelo SUS, sem qualquer custo, durante a internação no Hospital Memorial Jaboatão.

Este documento foi elaborado conforme o art. 8º, Inciso VII, da Portaria 1034/2010 do Ministério da Saúde. É necessária a entrega de uma via deste comprovante ao usuário e/ou responsável e outra, deve permanecer no arquivo da instituição.

Assinatura do paciente ou responsável

Jaboatão, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO  
CRM: 22622

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		0   0   0   0   6   5   5	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	

Identificação do Paciente		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 598959	
5 - NOME DO PACIENTE MARINEIDE MARQUES DA SILVA		8 - DATA DO NASCIMENTO 03/07/1961	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 898050074679726		9 - SEXO Feminino	
11 - NOME DA MAE MARIA DA CONCEICAO SANTANA		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA BAMBUI		1 - VASCO DA GAMA	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA RECIFE		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 261160	18 - UF PE
		19 - CEP 52280485	

**LES-ORTOPEDIA**

Enf. 13-5

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA ATROPELAMENTO, ORIUNDA DO HOSPITAL GETULIO VARGAS APENAS PARA PARECER DA NEUROCIRURGIA (ALTA DA NCR). HD: FRATURA FECHADA MALELO LATERAL (11/12/19) DE CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO AS ACIMA			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EXAME FÍSICO + IMAGEM			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA FECHADA TORNOZELO	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDARIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSADO F00.1 F00.2 F00.3 F00.4 F00.5 F00.6 F00.7 F00.8 F00.9 F01.0 F01.1 F01.2 F01.3 F01.4 F01.5 F01.6 F01.7 F01.8 F01.9 F02.0 F02.1 F02.2 F02.3 F02.4 F02.5 F02.6 F02.7 F02.8 F02.9 F03.0 F03.1 F03.2 F03.3 F03.4 F03.5 F03.6 F03.7 F03.8 F03.9 F04.0 F04.1 F04.2 F04.3 F04.4 F04.5 F04.6 F04.7 F04.8 F04.9 F05.0 F05.1 F05.2 F05.3 F05.4 F05.5 F05.6 F05.7 F05.8 F05.9 F06.0 F06.1 F06.2 F06.3 F06.4 F06.5 F06.6 F06.7 F06.8 F06.9 F07.0 F07.1 F07.2 F07.3 F07.4 F07.5 F07.6 F07.7 F07.8 F07.9 F08.0 F08.1 F08.2 F08.3 F08.4 F08.5 F08.6 F08.7 F08.8 F08.9 F09.0 F09.1 F09.2 F09.3 F09.4 F09.5 F09.6 F09.7 F09.8 F09.9 F10.0 F10.1 F10.2 F10.3 F10.4 F10.5 F10.6 F10.7 F10.8 F10.9 F11.0 F11.1 F11.2 F11.3 F11.4 F11.5 F11.6 F11.7 F11.8 F11.9 F12.0 F12.1 F12.2 F12.3 F12.4 F12.5 F12.6 F12.7 F12.8 F12.9 F13.0 F13.1 F13.2 F13.3 F13.4 F13.5 F13.6 F13.7 F13.8 F13.9 F14.0 F14.1 F14.2 F14.3 F14.4 F14.5 F14.6 F14.7 F14.8 F14.9 F15.0 F15.1 F15.2 F15.3 F15.4 F15.5 F15.6 F15.7 F15.8 F15.9 F16.0 F16.1 F16.2 F16.3 F16.4 F16.5 F16.6 F16.7 F16.8 F16.9 F17.0 F17.1 F17.2 F17.3 F17.4 F17.5 F17.6 F17.7 F17.8 F17.9 F18.0 F18.1 F18.2 F18.3 F18.4 F18.5 F18.6 F18.7 F18.8 F18.9 F19.0 F19.1 F19.2 F19.3 F19.4 F19.5 F19.6 F19.7 F19.8 F19.9 F20.0 F20.1 F20.2 F20.3 F20.4 F20.5 F20.6 F20.7 F20.8 F20.9 F21.0 F21.1 F21.2 F21.3 F21.4 F21.5 F21.6 F21.7 F21.8 F21.9 F22.0 F22.1 F22.2 F22.3 F22.4 F22.5 F22.6 F22.7 F22.8 F22.9 F23.0 F23.1 F23.2 F23.3 F23.4 F23.5 F23.6 F23.7 F23.8 F23.9 F24.0 F24.1 F24.2 F24.3 F24.4 F24.5 F24.6 F24.7 F24.8 F24.9 F25.0 F25.1 F25.2 F25.3 F25.4 F25.5 F25.6 F25.7 F25.8 F25.9 F26.0 F26.1 F26.2 F26.3 F26.4 F26.5 F26.6 F26.7 F26.8 F26.9 F27.0 F27.1 F27.2 F27.3 F27.4 F27.5 F27.6 F27.7 F27.8 F27.9 F28.0 F28.1 F28.2 F28.3 F28.4 F28.5 F28.6 F28.7 F28.8 F28.9 F29.0 F29.1 F29.2 F29.3 F29.4 F29.5 F29.6 F29.7 F29.8 F29.9 F30.0 F30.1 F30.2 F30.3 F30.4 F30.5 F30.6 F30.7 F30.8 F30.9 F31.0 F31.1 F31.2 F31.3 F31.4 F31.5 F31.6 F31.7 F31.8 F31.9 F32.0 F32.1 F32.2 F32.3 F32.4 F32.5 F32.6 F32.7 F32.8 F32.9 F33.0 F33.1 F33.2 F33.3 F33.4 F33.5 F33.6 F33.7 F33.8 F33.9 F34.0 F34.1 F34.2 F34.3 F34.4 F34.5 F34.6 F34.7 F34.8 F34.9 F35.0 F35.1 F35.2 F35.3 F35.4 F35.5 F35.6 F35.7 F35.8 F35.9 F36.0 F36.1 F36.2 F36.3 F36.4 F36.5 F36.6 F36.7 F36.8 F36.9 F37.0 F37.1 F37.2 F37.3 F37.4 F37.5 F37.6 F37.7 F37.8 F37.9 F38.0 F38.1 F38.2 F38.3 F38.4 F38.5 F38.6 F38.7 F38.8 F38.9 F39.0 F39.1 F39.2 F39.3 F39.4 F39.5 F39.6 F39.7 F39.8 F39.9 F40.0 F40.1 F40.2 F40.3 F40.4 F40.5 F40.6 F40.7 F40.8 F40.9 F41.0 F41.1 F41.2 F41.3 F41.4 F41.5 F41.6 F41.7 F41.8 F41.9 F42.0 F42.1 F42.2 F42.3 F42.4 F42.5 F42.6 F42.7 F42.8 F42.9 F43.0 F43.1 F43.2 F43.3 F43.4 F43.5 F43.6 F43.7 F43.8 F43.9 F44.0 F44.1 F44.2 F44.3 F44.4 F44.5 F44.6 F44.7 F44.8 F44.9 F45.0 F45.1 F45.2 F45.3 F45.4 F45.5 F45.6 F45.7 F45.8 F45.9 F46.0 F46.1 F46.2 F46.3 F46.4 F46.5 F46.6 F46.7 F46.8 F46.9 F47.0 F47.1 F47.2 F47.3 F47.4 F47.5 F47.6 F47.7 F47.8 F47.9 F48.0 F48.1 F48.2 F48.3 F48.4 F48.5 F48.6 F48.7 F48.8 F48.9 F49.0 F49.1 F49.2 F49.3 F49.4 F49.5 F49.6 F49.7 F49.8 F49.9 F50.0 F50.1 F50.2 F50.3 F50.4 F50.5 F50.6 F50.7 F50.8 F50.9 F51.0 F51.1 F51.2 F51.3 F51.4 F51.5 F51.6 F51.7 F51.8 F51.9 F52.0 F52.1 F52.2 F52.3 F52.4 F52.5 F52.6 F52.7 F52.8 F52.9 F53.0 F53.1 F53.2 F53.3 F53.4 F53.5 F53.6 F53.7 F53.8 F53.9 F54.0 F54.1 F54.2 F54.3 F54.4 F54.5 F54.6 F54.7 F54.8 F54.9 F55.0 F55.1 F55.2 F55.3 F55.4 F55.5 F55.6 F55.7 F55.8 F55.9 F56.0 F56.1 F56.2 F56.3 F56.4 F56.5 F56.6 F56.7 F56.8 F56.9 F57.0 F57.1 F57.2 F57.3 F57.4 F57.5 F57.6 F57.7 F57.8 F57.9 F58.0 F58.1 F58.2 F58.3 F58.4 F58.5 F58.6 F58.7 F58.8 F58.9 F59.0 F59.1 F59.2 F59.3 F59.4 F59.5 F59.6 F59.7 F59.8 F59.9 F60.0 F60.1 F60.2 F60.3 F60.4 F60.5 F60.6 F60.7 F60.8 F60.9 F61.0 F61.1 F61.2 F61.3 F61.4 F61.5 F61.6 F61.7 F61.8 F61.9 F62.0 F62.1 F62.2 F62.3 F62.4 F62.5 F62.6 F62.7 F62.8 F62.9 F63.0 F63.1 F63.2 F63.3 F63.4 F63.5 F63.6 F63.7 F63.8 F63.9 F64.0 F64.1 F64.2 F64.3 F64.4 F64.5 F64.6 F64.7 F64.8 F64.9 F65.0 F65.1 F65.2 F65.3 F65.4 F65.5 F65.6 F65.7 F65.8 F65.9 F66.0 F66.1 F66.2 F66.3 F66.4 F66.5 F66.6 F66.7 F66.8 F66.9 F67.0 F67.1 F67.2 F67.3 F67.4 F67.5 F67.6 F67.7 F67.8 F67.9 F68.0 F68.1 F68.2 F68.3 F68.4 F68.5 F68.6 F68.7 F68.8 F68.9 F69.0 F69.1 F69.2 F69.3 F69.4 F69.5 F69.6 F69.7 F69.8 F69.9 F70.0 F70.1 F70.2 F70.3 F70.4 F70.5 F70.6 F70.7 F70.8 F70.9 F71.0 F71.1 F71.2 F71.3 F71.4 F71.5 F71.6 F71.7 F71.8 F71.9 F72.0 F72.1 F72.2 F72.3 F72.4 F72.5 F72.6 F72.7 F72.8 F72.9 F73.0 F73.1 F73.2 F73.3 F73.4 F73.5 F73.6 F73.7 F73.8 F73.9 F74.0 F74.1 F74.2 F74.3 F74.4 F74.5 F74.6 F74.7 F74.8 F74.9 F75.0 F75.1 F75.2 F75.3 F75.4 F75.5 F75.6 F75.7 F75.8 F75.9 F76.0 F76.1 F76.2 F76.3 F76.4 F76.5 F76.6 F76.7 F76.8 F76.9 F77.0 F77.1 F77.2 F77.3 F77.4 F77.5 F77.6 F77.7 F77.8 F77.9 F78.0 F78.1 F78.2 F78.3 F78.4 F78.5 F78.6 F78.7 F78.8 F78.9 F79.0 F79.1 F79.2 F79.3 F79.4 F79.5 F79.6 F79.7 F79.8 F79.9 F80.0 F80.1 F80.2 F80.3 F80.4 F80.5 F80.6 F80.7 F80.8 F80.9 F81.0 F81.1 F81.2 F81.3 F81.4 F81.5 F81.6 F81.7 F81.8 F81.9 F82.0 F82.1 F82.2 F82.3 F82.4 F82.5 F82.6 F82.7 F82.8 F82.9 F83.0 F83.1 F83.2 F83.3 F83.4 F83.5 F83.6 F83.7 F83.8 F83.9 F84.0 F84.1 F84.2 F84.3 F84.4 F84.5 F84.6 F84.7 F84.8 F84.9 F85.0 F85.1 F85.2 F85.3 F85.4 F85.5 F85.6 F85.7 F85.8 F85.9 F86.0 F86.1 F86.2 F86.3 F86.4 F86.5 F86.6 F86.7 F86.8 F86.9 F87.0 F87.1 F87.2 F87.3 F87.4 F87.5 F87.6 F87.7 F87.8 F87.9 F88.0 F88.1 F88.2 F88.3 F88.4 F88.5 F88.6 F88.7 F88.8 F88.9 F89.0 F89.1 F89.2 F89.3 F89.4 F89.5 F89.6 F89.7 F89.8 F89.9 F90.0 F90.1 F90.2 F90.3 F90.4 F90.5 F90.6 F90.7 F90.8 F90.9 F91.0 F91.1 F91.2 F91.3 F91.4 F91.5 F91.6 F91.7 F91.8 F91.9 F92.0 F92.1 F92.2 F92.3 F92.4 F92.5 F92.6 F92.7 F92.8 F92.9 F93.0 F93.1 F93.2 F93.3 F93.4 F93.5 F93.6 F93.7 F93.8 F93.9 F94.0 F94.1 F94.2 F94.3 F94.4 F94.5 F94.6 F94.7 F94.8 F94.9 F95.0 F95.1 F95.2 F95.3 F95.4 F95.5 F95.6 F95.7 F95.8 F95.9 F96.0 F96.1 F96.2 F96.3 F96.4 F96.5 F96.6 F96.7 F96.8 F96.9 F97.0 F97.1 F97.2 F97.3 F97.4 F97.5 F97.6 F97.7 F97.8 F97.9 F98.0 F98.1 F98.2 F98.3 F98.4 F98.5 F98.6 F98.7 F98.8 F98.9 F99.0 F99.1 F99.2 F99.3 F99.4 F99.5 F99.6 F99.7 F99.8 F99.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRANSFERENCIA HOSPITALAR			
29 - CLÍNICA TRAUMATO	30 - CARÁTER DE INTERNAÇÃO ELETIVO	31 - DOCUMENTO O CNS O CPF	32 - Nº DOC DO PROFISSIONAL SOLIC. O CNS O CPF
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSITENTE FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: Nº.7472	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17/12/2019	35 - ASSI. E CARIMBO	

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
<input type="checkbox"/> 36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - Nº DO BILHETE	41 - SÉRIE
<input type="checkbox"/> 37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
<input type="checkbox"/> 38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42 - CNPJ DA EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA O EMPREGADO O EMPREGADOR O AUTÔNOMO O DESEMPREGADO O APOSENTADO O NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - CÓD ORGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO O CNS O CPF	49 - Nº DOC DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 17/12/2019	51 - ASSINATURA E CARIMBO	



502

502

502

502

502

502

502



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO

2 - CNES

5 3 5 6 0 6 7

4 - CNES

5 3 5 6 0 6 7

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Marcelo Marques da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria da Conceição Santana Silva

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Tratamento cirúrgico de Fratura tornozelo

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0408 0578

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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Placa 1/3 tubular 3,5mm

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - Q1CE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - Q1DE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - Q1DE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE TRANSFERIDO PARA NOSSO SERVIÇO PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE PATOLOGIA ÓSSEA. SOLICITO MATERIAL DE SÍNTESE PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO. SOLICITO AUTORIZAÇÃO PARA ACOMPANHANTE.

Hospital Memorial Jaboatão  
Hermes Wagner  
Coord. da Ortopedia  
CRM 8963

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
21 12 2019

1 - CNS 1 - CPF

Secretaria de Saúde - PJGP  
Avaliação

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Med. Autorizaç. - CRM: 8922  
CPF: 08 725 884-49

45 - COD. ORGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

1 - CNS 1 - CPF



Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 259825

Nascimento: 03/07/1961

Responsável:

Prontuário: 779053

Sexo: Feminino

Nome: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Data e Hora do Atendimento: 18/12/19 11:12:02

Idade: 58 Anos, 5 Meses e 15 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 86928554487

Identidade: 2210748

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 898050074679726

Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO SANTANA SILVA

Nome do Pai: LUIZ MARQUES DA SILVA

Endereço: RUA BAMBUI, VASCO DA GAMA, CEP: 52280485, Nº 59, RECIFE - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 13 - LEITO 05

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

CID: S826

STÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

### RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM FX DE MALEOLO LATERAL ESQ .ENCAMINHADA DO HR

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA

EXAME FÍSICO GERAL:

EGB , EUPNEICA, AFEBRIL, CORADA , HIDRATADA ,CONSCIENTE E ORIENTADA

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 2 T COM BNF

AP - RESPIRATORIO:

MV + EM AHT SEM RA

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

FX DE MALEOLO LATERAL ESQ.

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Dr. José Ailton ARAÚJO  
Médico  
CRM-PB 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

## Relatório Geral de Cirurgias

Paciente: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Identificação: 259825

Sexo: Feminino

Prontuário: 779053

Unidade de Internação / Leito: ENF 13 - LEITO 05

Idade: 58 Anos, 5 Meses e 17 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S826 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA MALEOLO LATERAL ESQ

Data: 20/12/2019

Cirurgião: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

1. Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia:

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

### Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;

ROTINA ASÉPTICA;

APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

INCISÃO LONGITUDINAL AO NÍVEL DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO ESQ 10cm;

REDUÇÃO DA FRATURA; APLICADO PLACA 1/3 TUBULAR 3,5mm FIXANDO-A COM 3 PARAFUSOS PROXIMAIS E 2 PARAFUSOS DISTAIS

CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;

LAVAGEM COM SF0.9%;

SUTURA POR PLANOS;

CURATIVO.

TALA

  
Dr. João Paulo Romeiro  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE 22622

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

CRM: 22622



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

9.272.633

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

21/02/2014

NOME

<< JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO

<< JOSIAS CARLOS DO NASCIMENTO >>  
<< MARIA JOSE DA SILVA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

23/04/1995

DOC. ORIGEM

<< 074435 01 55 1996 1 00046 296

0054531 50 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE >>

CPF

111.691.044-60

ASSINATURA DO DIRETOR



LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

C-23

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



Juliana Maria da Silva Nascimento  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE





**CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE**

**SUS**

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**898050074679726**

Nome : MARINEIDE MARQUES DA SILVA  
Data de nascimento : 03/07/1961  
Sexo : F  
Município de residência : RECIFE  
Data de emissão : 11/04/2008  
UF : PE

**2.710.748**

**07/03/2009**

**<< MARINEIDE MARQUES DA SILVA >>**

**<< LUIZ MARQUES DA SILVA >>**

**<< MARIA DA CONCEIÇÃO SANTANA SILVA >>**

**RECIFE - PE**

**03/07/1961**

**<< CN.65957 L.85 F.126 >> RECIFE**

**ANTIGO, RECIFE-PE 24/04/2008 >>**

**069.285.544-37**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200272969 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARINEIDE MARQUES DA SILVA **Data do acidente:** 09/12/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG 15\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214352/20

**Vítima:** MARINEIDE MARQUES DA SILVA

**CPF:** 869.285.544-87

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 09/12/2019

**Titular do CPF:** MARINEIDE MARQUES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### MARINEIDE MARQUES DA SILVA : 869.285.544-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/07/2020  
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO  
CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos