

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597515 **Cidade:** Tracunhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597515 **Cidade:** Tracunhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458406/18

Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

CPF: 114.401.864-13

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 25/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LUCICLEIDE MARIA DA SILVA : 114.401.864-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/12/2018
Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA
CPF: 114.401.864-13

LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2018
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458406/18

Número do Sinistro: 3180597515

Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

CPF: 114.401.864-13

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 25/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/02/2019
Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA
CPF: 114.401.864-13

LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180597515

Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCICLEIDE MARIA 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, contatos 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, 26 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180597515

Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180597515

Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 114.401.864-13 Nome completo da vítima: Luciélide Maria da Silva

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

Nome completo: Luciélide Maria da Silva CPF: 114.401.864-13
Profissão: meio m4 Endereço: R. Dois alceides gomes da silva Número: _____ Complemento: _____
Bairro: Tracunhaem Cidade: Tracunhaem Estado: PE CEP: 55805.000
E-mail: marceloassessoria@hotmail.com Tel.(DDD): (81) 97915.3756

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

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0054 CONTA: 32824 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Caruaru, 11/12/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0054 - NAZARE DA MATA, PE

DATA: 05/12/2018

TERMINAL: 1002

NSU: 000034

HORA: 12:06:55

AUT: 0047

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0054/013/00.032.824-0

NOME: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

DEPOSITANTE:

O P

VALOR TOTAL:

5,00

VALOR DINHEIRO:

5,00

Informacoes, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 57ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRACUNHAÉM -
DP57ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0147000617**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/12/2018** às **11:37**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **25/11/2018** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 01, BR 408 -**
Bairro: **CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de
Referência: **PROXIMO AO BAR DO CARANGUEJO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
LUCICLEIDE MARIA 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)

LUCICLEIDE MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
DA SILVA Data de Nascimento: **25/11/1987** Nacionalidade:
ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: **9315544/SDS/PE (RG)** Escolaridade: **2ª.**
GRAU COMPLETO Telefones Celulares:
- 993389997

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TRACUNHAEM, 01, RUA RUA 2 NOVA TRACUNHAEM**
- CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TRACUNHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A
AURINHA

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

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

MTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em

posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX EX** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIL0376** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **208214286** Chassi:

9C2KC1648AR030120

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA SAINDO DO BAR DO CARANGUEJO LOCALIZADO NA BR 408 E AO ATRAVESSAR A VIA NÃO PERCEBEU QUE VINHA UMA MOTOCICLETA EM VELOCIDADE NO SENTIDO TRAGUNHAEM - NAZARÉ DA MATA, SENDO TOMADA DE SURPRESA, ONDE A MESMA FOI ATROPELADA PELO REFERIDO VEICULO; DE IMEDIATO POPULARES QUE SE ENCONTRAVAM PROXIMOS AO LOCAL DO ACIDENTE ACIONARAM O SERVIÇO DE SOCORRO DO HOSPITAL LOCAL, SENDO A MESMA SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DA PRÓPRIA UNIDADE HOSPITALAR; APOS A VITIMA RECEBER OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS NAQUELA UNIDADE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS EM RECIFE COM O NUMERO DE PROTUÁRIO (1074046); O CONDUTOR DO VEICULO TAMBEM FOI SOCORRIDO PARA A MESMA UNIDADE HOSPITALAR E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE;

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

Lucicleide Maria da Silva
LUCICLEIDE MARIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCOS VALENÇA DE MIRANDA** - Matrícula: **220882-2**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 114.401.864-13 Nome completo da vítima: Luciélide Maria da Silva

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

Nome completo: Luciélide Maria da Silva CPF: 114.401.864-13
Profissão: meio m4 Endereço: R. Dois alceides gomes da Silva Número: _____ Complemento: _____
Bairro: Tracunhaem Cidade: Tracunhaem Estado: PE CEP: 55805-000
E-mail: marceloassessoria@hotmail.com Tel.(DDD): (81) 97915.3756

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

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0054 CONTA: 32824 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Caruaru, 11/12/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0054 - NAZARE DA MATA, PE

DATA: 05/12/2018

TERMINAL: 1002

NSU: 000034

HORA: 12:06:55

AUT: 0047

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0054/013/00.032.824-0

NOME: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

DEPOSITANTE:

O P

VALOR TOTAL: 5,00

VALOR DINHEIRO: 5,00

Informacoes, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE:	Benevides Maria da Silva		
REGISTRO:	100675	HORA:	19:25 DATA: 25-11-18 ONE:
DATA DO NASCIMENTO:	26-03-1983	IDADE:	35 SEXO: M () F ()
ENDEREÇO:	R. Liberdade R. 2 S/N		
FILIAÇÃO:	Maria Jose da Silva		
QUEIXA PRINCIPAL:			
PA:	120 x 70 mmHg	TEMPERATURA:	HGT:
DADOS CLÍNICOS:	Atendimento em URGÊNCIA, com fratura de M.I.C. perim. fratura da tibia e fíbula. Paciente com sinais vitais estáveis. SpO2 97%.		
HÍPÓTESE DIAGNÓSTICA:	fratura de tibia e fíbula		
EXAMES SOLICITADOS:	Ortopedia 556 6 329		
TRATAMENTO PROPOSTO:	1-) Fixação com placa e parafusos		
DOENÇA CLASSIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:	SIM () NÃO ()		

Dr. José Lacerda Neto
Médico
CRM 25292

DEMAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE:	Bueno da Silva		
REGISTRO:	100675	HORA:	19:25
DATA DO NASCIMENTO:	26-03-1933	DATA:	25-11-18
ENDEREÇO:	101 - Liberdade R. 2	SEXO:	M () F ()
FILIAÇÃO:	Maria José da Silva		
QUEIXA PRINCIPAL:			
PA:	160 x 70	TEMPERATURA:	
		HGT:	
DADOS CLÍNICOS:	atropelamento, com fratura da tíbia, perna esquerda da		
	tibia, fratura da tíbia, perna esquerda da		
	sem sinais de TCE		
HÍPÓTESE DIAGNÓSTICA:	fratura da tíbia		
EXAMES SOLICITADOS:	Outro 556 4 329		
TRATAMENTO PROPOSTO:	1.) Fy 750. 1000 mg EV		
DOENÇA CLASSIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:	SIM ()	NÃO ()	

Dr. José Lacerda Neto
Médico
CRM 25232



SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Lucas de M. S.
de Silva

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 90 (noventa) dias de afastamento

do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico Fratura com joia

d) Tratamento Trat. cirúrgico

Deverá retornar ao Ambulatório de: _____

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

25/11/18
HOSPITAL/AMBULATÓRIO _____ LOCALIDADE/DATE _____

Maurício Sérgio Vasconcelos
Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 10452

[Assinatura]
Ass. do Médico - CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF






**** SES/FUSAM ****
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: _____ PARA: AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: Lucileide M^e de Silva
PRONTUÁRIO Nº: 1049096 ALTA HOSPITALAR EM: 29/11/16
RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: traum EM: 1 / 1
MÉDICO: ilucinda COM: 15 DIAS.
MOTIVO: Revisão
RECIFE, 1 / 1 / 1

Maurício Sérgio Vasconcelos
Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 10432
Assinatura do responsável e carimbo Visto - Chefe do Ambulatório

OBS.:

- A) ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B) TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C) SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO).

011-HGOF



** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Luciáclauda M^{te} de Silva
Reg.: 20+9096 Enf.: _____ Leito: _____

DATA DE ENTRADA: 25/11/18 DATA DE SAÍDA: 29/11/18

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Fratura com
perna expulsa

DIAGNÓSTICO FINAL: Fixador externo
+ Imobilização

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): _____
_____ transcrito _____

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: _____
PARA CONTROLE EM / /

Maurício Sérgio Vasconcelos
Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 10452

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

MARCIO 2010



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA

SUS



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Data Nasc.: 26/03/1993

Idade: 25

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: RUA 2

Bairro: NOVO TRACUNHAEM

Cidade: TRACUNHAEM

Nº: 0

Estado: PE

CEP: 55805000

Fone: 558191797649

Celular:

Acompanhante:

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Nome do Conjugue:

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 25/11/2018 21:24

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PACIENTE MARICA DE TRACUNHAEM
VITIMA DE ATROPELAMENTO. NEGA CEFALÉIA,
VÔMITOS, DOR ABDOMINAL.
NÃO QUERIR OMT MAS SI

Exame Físico:

PELOE, EUPNEU

PA:

FC:

FR:

- (A) UNAS PERFEITAS, NÃO COLUNA CONVEXA
- (B) MUCOSAS ALTA, NÃO RA. NO ENTESMO SC
- (C) FC: 78 v, RES MÚLTIPLOS, REGULARS, NÃO SPO
- (D) ECB: 15

Diag. Provisório:

(E) ESCORÇÃO MÚLTIPLO (D), OBSERVAÇÃO FÓRMULA (E)
EXPLORAR (A E).

Pro: TOLTA CENICAL PEWE, PEMA (E)

FDATUM
POMA (E)

Prescrição:

25/11/18 Normal Dieta: Aterias

Data

Horário

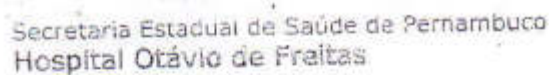
- (1) DIPLOMA 1, 2, 3, 4
- (2) SF 100-4, 15, 16, 17, 18
- (3) AO OUTRO DIA
- (4) AUTA 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

PROTESE

REVISADO

03.12.2018

glaura



Bairro: NOVO TRACUNHAEM - CIDADE: TRACUNHAEM - UF: PE

Idade: 25 Anos 8 Meses 0 Dia Nasc. 26/03/1993
Contatos: 81. 91797649 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 25/11/2018 21:24

Prontuário: 1074046

Nº. Atendimento: 3270528

Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICÒ PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

DOE PERNA ESQUERDA

— História Clínica

EST VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUINDO COM DOR EM PERNA ESQUERDA

Exame Físico

PARA MOBILIZAÇÃO
ELEMENTO EM FACE MEDIAL PERNA ESQUERDA

Observações

11. FRATURA EXPOSTA PERNA ESQUERDA

Conducta

SUPPLEMENTO

Lucas Severo
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 25.317

LUCAS SEVERO BONILHA DE SOUZA - CRM: N° 25317

26/11/18
NH

Pete em pform
Avarde vpa em BC/3R
p) cirurgia.

Uta Martina Hirsch
 Ortopedia Traumatologia
 e
 Cirurgia da Coluna
 CAM 15797 TC0111652
 NOME: Uta
 RECIB: 034.0001.5797-7



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE C.G.C.: 09.794.975/0004-56



LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH INFORMAÇÕES DO PACIENTE

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA		Nº DO REGISTRO: 1074046
CLINICO: ORTOPEDISTA		Nº DO LEITO:
OPERADOR: DR MARCELO LARRAZABAL		
1º ASSISTENTE: DR ROBERTO WANDERLEY	2º ASSISTENTE:	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR OMAR	
ANESTESISTA: SEDAÇÃO + ANESTESIA LOCAL	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 26/11/2018	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURAS EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. LIMPEZA CIRURGICA DE FRATURA DE TÍBIA COM SF0,9%
5. FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA COM FIXADOR LINEAR DE TIBIA (02 BARRAS + 08 CONECTORES PINO-BARRA + 04 PINOS)
6. DESBRIDAMENTO
7. CURATIVO
8. A SRA

Dr. Marcelo Larrazábal
Traumatologia / Ortopedia
CRM: 17.874 - TEOT: 13.843



ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT 13.4-01.V1

SETOR: 007-00	10/03	DATA: 28/11/18
NOME: Joiceleide Maria da Silva		
NOME SOCIAL:		
IDADE: 25	DATA DE NASCIMENTO: 26/03/93	ESTADO CIVIL: Solteira
FILIAÇÃO: Paulo José da Silva e Maria José da Silva		
ENDEREÇO: Rua - H nº 94 Nazaré da Mata		
PONTO DE REFERÊNCIA: Próximo do Srº Maluco (SIC)		
TELEFONES: 991797649 / 993309097		
ENTREVISTADO(A): Gerlane Cândido R. Costa	PARENTESCO: Cunhada	
DOCUMENTOS: POSSUI (X) NÃO () APRESENTADOS: RG 9315 844 SDS/PE		

1º ATENDIMENTO (X) READMITIDO ()	PROCEDÊNCIA:
ACOMPANHANTE: Sim	PARENTESCO: Cunha da
TABAGISMO: SIM () NÃO (X) ABANDONO ()	ETÍLICOS: SIM (X) NÃO () ABANDONO ()
OUTRAS DROGAS: SIM () NÃO (X) ABANDONO ()	QUAIS:
POSSUI NECESSIDADE ESPECIAL: SIM () NÃO (X)	QUAIS:
COBERTURA DE PSF: SIM (X) NÃO ()	ACOMPANHAMENTO: SIM () NÃO (X)

PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM () NÃO (X)	OUTROS:
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: 04 Reside com a genitora + 02 filhas	
APOIO FAMILIAR: SIM () NÃO ()	BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO () ASSISTENCIAL (X) NÃO RECEBE ()

ALTA HOSPITALAR: SAÍRA ACOMPANHADO (X) DESACOMPANHADO ()
CONTATO C/ MUNICÍPIO (X) RECURSOS PRÓPRIOS () CONTATO C/ FAMÍLIA ()

OBSERVAÇÕES: Admitida neste Serviço, encaminhada do Hospital de Tracunhaém.
Referindo Trauma em MIE, após sofrer acidente de moto (SIC).
Oriento retinir + acompanhante.

ASSISTENTE SOCIAL:

Maria de Lourdes P. da Costa
Assistente Social
CRFSS nº 7588-PE





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Lucieleide M^{re}

CLÍNICA: _____ ENF.: 10 LEITO: 03

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
27/11/18	21h	Pac. admitida neste setor procedente da SRPA, consciente, orientada, gástrica, MIB com fixador externo, HSS, DMO, Hérnia, corais, afébril, eufórica, segue em obs. <div>Ana Patrícia de V. Costa Enfermeira COREN: 62830</div>
28/11/18		3 ^o DPO Fratura exposta femur E / peronea Solicitado Rx control pré-op e curativo <div>Maurício Sérgio Vasconcelos Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 10152</div>
28/11/2018		Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizar fisioterapia ativa assistida em MIB; ativa em HSS e MID; mane- jar de glicose e quadrupl; C quintuplicar. <div>Priscila Silveira Fisioterapeuta 172666-F</div>
		HOF Reg. <div>Registado em Radiologia Tecnólogo em Radiologia CRTR-PE: 01142 N</div>
28/11/18		EG Reg., consciente, orientada, eufórica, afébril, fixador ext em MIB, renovoado ativo, aceita a dieta, eliminação <div>Verônica Ribeiro COREN-PE: 103401-EXT.</div>

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
29/11/18		<p>Vi o de controle com lêo reduzido e imagem de representações sem indicação de hastes cerebrais ok</p> <p>C. Alz. heynallh.</p> <p>Mauricio de Almeida Acupuntura CRP 04 10412</p> 
29/11/2018		<p>Fisioterapia Motora 1030205001-9/ Manutenção condutas + orientações para alta.</p> <p>Priscila Silveira Fisioterapeuta 172666-F</p> 

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.315.844 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2011

NOME << LUCICLEIDE MARIA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << PAULO JOSÉ DA SILVA >>
<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>

NATURALIDADE ITAQUITINGA - PE DATA DE NASCIMENTO 26/03/1993

DOC ORIGEM << CN.11526 L.A29 F.263 CART SEDE ITAQUITINGA PE 12.03.2009 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 2-116 DE 29/08/83

F-46 52.369 - 3022

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO CAC-01

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURL

Lucicleide maria da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
99C1.3AF0.DE4B.DBF4

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:37:06 do dia 10/01/2012 (hora e data de Brasília)
digito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
114.401.864-13

Nome
LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

Nascimento
26/03/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180597515 **Cidade:** Tracunhaém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00