

# 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 ESTABELEÇER 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, DESCRREVENDO 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

**Titular do CPF:** LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

**Titular do CPF:** LUCICLEIDE MARIA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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



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: 114.403.864-13 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: 114.403.864-13  
 Profissão: meio m4. Endereço: R. Dois alceides gomes da silva Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: Tracunhaém Cidade: Tracunhaém Estado: PE CEP: 55805.000  
 E-mail: maralobassessora@hotmail.com Tel. (DDD): (81) 97915.3756

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

**RENDA MENSAL:**  
 RECUZO 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  
Vivos: Falecidos:

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.

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
 Local e Data: Caruaru, 11/12/2018  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**  
 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Luciélide Maria da Silva  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

HORA: 12:06:55

TERMINAL: 1002

NSU: 000034

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

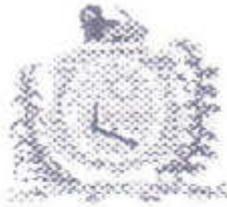
VALOR DINHEIRO: 5,00

Informacoes, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

[www.caixa.gov.br](http://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 057ª 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** Pai: **OSCAR DA SILVA** País de Nascimento: **BRASIL** Nacionalidade:  
**ITAQUITINGA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9319844/SDS/PE (RG)** Escolaridade: **2ª**,  
**GRAU COMPLETO** Telefones Celulares:  
**- 993389897**

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: **KIL6376** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **208214286** Chassi: **9C2KC1646AR030120**

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 (1874846); 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**

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: 114.403.864-13 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: 114.403.864-13  
 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).

**RENDA MENSAL:**  
 RECUZO 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  
Vivos: Falecidos:

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.

Inscrição digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: Caruaru, 11/12/2018  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**  
 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_  
 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Luciélide Maria da Silva  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

HORA: 12:06:55

TERMINAL: 1002

NSU: 000034

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](http://www.caixa.gov.br)

1ª Via - Via Cliente



NOME DO PACIENTE: <i>Lucileide Maria da Silva</i>		
REGISTRO: <i>100675</i>	HORA: <i>19:25</i>	DATA: <i>25-11-18</i> ONE:
DATA DO NASCIMENTO: <i>26-03-1983</i>	IDADE: <i>25</i>	SEXO: M ( ) F ( )
ENDEREÇO: <i>lot. Liberdade R. 2 S/N</i>		
FILIAÇÃO: <i>Maria Jose da Silva</i>		
QUEIXA PRINCIPAL:		
PA: <i>120 x 70 mmHg</i>	TEMPERATURA:	HGT:
DADOS CLÍNICOS: <i>atropelamento, com fratura da tíbia, perfur. fechada da</i> <i>tibia, fratura da tíbia. Possível lesão do sistema musculoesquelético por trauma. SpO<sub>2</sub> 97%.</i> <i>de início de TCE.</i>		
HÍPOTESE DIAGNÓSTICA: <i>fratura da tíbia!</i>		
EXAMES SOLICITADOS: <i>Ortopedia 556 6 329</i>		
TRATAMENTO PROPOSTO: <i>1-) Fx. Tíbia. Curar e EV</i>		
DOENÇA CLASSIFICAÇÃO COMPULSÓRIA: SIM ( ) NÃO ( )		

Dr. José Lacerda Neto  
Médico  
CRM/PE 25292



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.431, de 26/04/03

NOTA FISCAL N° 7027082852 CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0025940-95 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANTENETA JOSE DO NASCIMENTO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DOIS ALCOES, JOSE DA SILVA

CPF: 41.366.524-43

TRACUNHAEM/TRACUNHAEM  
TRACUNHAEM PE  
55805-000

CLASSIFICAÇÃO

01 - RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA CONTRATO	PERÍODO
7027082852	09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA
28/09/2018	23/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	

42,62

N° DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
33278451	UNICA	21/09/2018
APRESENTAÇÃO	N° DO CLIENTE	N° DA INSTALAÇÃO
21/09/2018	015053442	3807133

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	47,0000000	0,76382908	35,36
Acrescimo Bateria VERMELHA			3,36
Contribuição Iluminação Pública			0,51
ICMS Subvenção C/IE-NF 0215888			0,67
ICMS Subvenção C/IE-NF 025175			0,52
Multa por atraso NF 028-10145-23/08/18			2,00
Juros por atraso NF 028130795-23/08/18			0,03
Atualização GPM-NF 028130795-23/08/18			0,52

TOTAL DA FATURA

42,62

N° DO MÊS	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	N° DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
09/2018		08/09/2018	0	21/09/2018	47,00	13	1,0000		47,00

OPÇÕES

Mês/Ano	Valor
SET 18	47
AGO 18	118
Jul 18	42
JUN 18	105
MAR 18	109
ABR 18	116
MAR 18	103
FEV 18	60
JAN 18	100
DEZ 17	127
NOV 17	
Out 17	
SET 17	

IMPACTOS DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓCITO
ICMS	25,0%	9,17
PIS	1,00%	0,38
COPINF	4,80%	1,82

COMPOSIÇÃO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia	13,37	31,36%
Transmissão	1,82	4,28%
Distribuição (Celpe)	7,50	17,60%
Perdas de Energia	2,30	5,42%
Energia Setorial	1,86	4,37%
Tributos	11,71	27,57%
Total	36,77	86,00%

RESERVAÇÃO ADICIONAL

BAAS AD3B 5237 DUBA 89F3 2524 5B3E 42CB

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por favor, não pague esta conta de energia em espécie (dinheiro) ou cheque de depósito em caixa, pois isso não é permitido. Para obter mais informações sobre a tarifa social de energia elétrica, consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para o número 0800-080000. A tarifa social de energia elétrica não pode ser utilizada em conjunto com outras tarifas especiais. Para mais informações consulte o site www.celpe.com.br ou ligue para o número 0800-080000.

Se você não possui de forma correta (Produção ANDE, P4C315), serviços, produtos, serviços prestados e/ou não se conformar com a qualidade, por favor, consulte os nossos canais de atendimento em: www.celpe.com.br





BOLETIM DE OCORRÊNCIA - SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

NOME DO PACIENTE:	Luceleide Maria da Silva		
REGISTRO:	100675	HORA:	19:25 DATA: 25-11-18 ONE:
DATA DO NASCIMENTO:	26-03-1933	IDADE:	25 SEXO: M ( ) F ( )
ENDEREÇO:	Lot. Liberdade R. 2 5171		
FILIAÇÃO:	Maria Jose da Silva		
QUEIXA PRINCIPAL:			
PA:	160x70	TEMPERATURA:	HGT:
DADOS CLÍNICOS:	atropelamento, com lesões em AIT e perna fractura da tibia e fêmur. Pouco melhora clínicas por nota. Sog. 18, 50%, 78%. Sem sinais de TCE.		
HÍPOTESE DIAGNÓSTICA:	fratura e tibia!		
EXAMES SOLICITADOS:	Outros 556 4 329		
TRATAMENTO PROPOSTO:	1.) Fy 714. 1000 mg EV		
DOENÇA CLASSIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:	SIM ( )	NÃO ( )	

Dr. Jose Lacerda Neto  
Médico  
CRM/PE 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 fraca

d) Tratamento Trat// cur

Deverá retornar ao Ambulatório de: \_\_\_\_\_

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

Dez 25/11/18  
 \_\_\_\_\_  
 HOSPITAL/AMBULATÓRIO LOCALIDADE/DATA

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

\_\_\_\_\_  
 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 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF

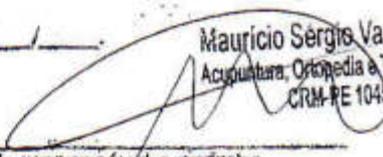




**\*\* SES/FUSAM \*\***  
**HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS**

**MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS**

DO SETOR: \_\_\_\_\_ PARA: AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: Lucilene M<sup>e</sup> de Silva  
PRONTUÁRIO Nº: 1079096 ALTA HOSPITALAR EM: 29/11/16  
RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: traum EM: 1/1  
MÉDICO: ilucelene COM: 15 DIAS.  
MOTIVO: Reuso  
RECIFE, 1/1  
  
Mauricio 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-HGOV



\*\* SES/FUSAM \*\*

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

### RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Luizcláudio Mes de Silva  
Reg.: 2079096 Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

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

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: Fratura ossos  
perna expul

DIAGNÓSTICO FINAL: Fixador externo  
+ Imobiliz

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Transtorno

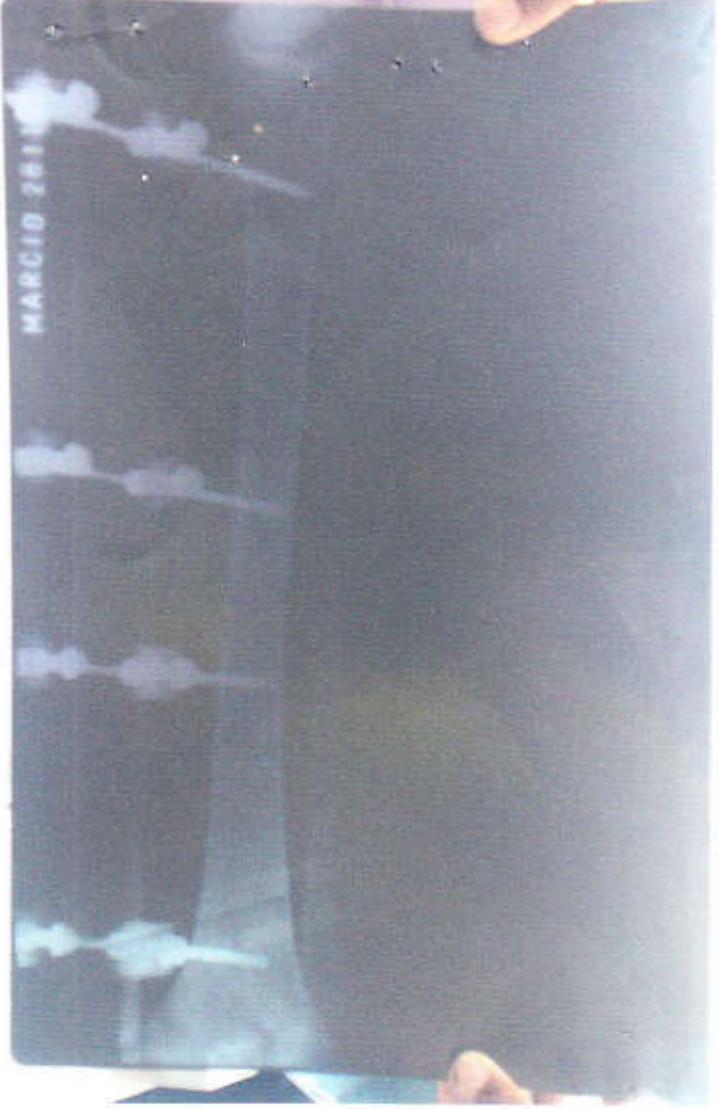
DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: \_\_\_\_\_  
PARA CONTROLE EM   /  /  

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

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



MARCIO 2013



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS  
EMERGÊNCIA

SUS  
mot. MCP  
Hospital Cláudio de Freitas  
HOF  
SES-PE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 3270628 Prontuário: 1074046  
 Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA  
 Data Nasc.: 26/03/1993 Idade: 25 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:  
 CPF: RG: CNS:  
 Endereço: RUA 2 Nº: 0  
 Bairro: NOVO TRACUNHAEM Cidade: TRACUNHAEM Estado: PE  
 CEP: 55805000 Fone: 558191797649 Celular:  
 Acompanhante: Profissão:  
 Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA  
 Nome do Conjuge:  
 Clínica: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 25/11/2018 21:24 Médico: MEDICO PLANTONISTA

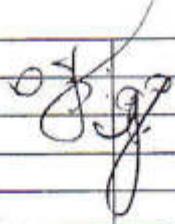
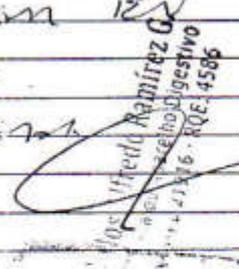
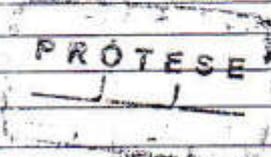
Queixa Principal / HDA: Paciente trazida de Tracunhaem  
 vítima de atropelamento. Nega alteração  
 de consciência, dor abdominal.  
 Anál. Q. (H) <sup>exat</sup> M T I MAS CI

Exame Físico: RTB: Exat PA: FC: FR:  
 (A) Um ar res per via, não colu na con vi en t  
 (B) MV pas sa den alta, não ra no ent is en o sc  
 (C) FC: 78 v, res n or m as, reg u la ri s, n o s u o  
 (D) ECG: IS

Diag. Provisório:  
 (E) Es ou tra na m o (D), o 3 se m o u m o u o o o  
 (A) (E)

Pro: T o m a c e n i a l o r e m a (B) } P D A T O M A  
P o n t e (E)

Prescrição: Normal Dieta: Alimentar

Data	Horário
25/11/18	
(1) <u>D</u> <u>i</u> <u>p</u> <u>i</u> <u>r</u> <u>o</u> <u>n</u> <u>a</u> <u>1</u> <u>g</u> <u>2</u> <u>x</u> <u>em</u>	
(2) <u>SF</u> <u>100</u> <u>-</u> <u>4</u> <u>em</u> <u>12</u>	
(3) <u>no</u> <u>u</u> <u>l</u> <u>t</u> <u>r</u> <u>e</u> <u>s</u> <u>i</u> <u>a</u>	
(4) <u>Ata</u> <u>de</u> <u>U</u> <u>l</u> <u>u</u> <u>m</u> <u>e</u> <u>n</u> <u>t</u> <u>e</u> <u>r</u> <u>a</u>	
	
	
	<u>REVISADO</u> <u>03.12.2018</u> <u>glaura</u>





**Dados do Atendimento:**  
 Data/Hora Atend.: 25/11/2018 21:24  
 Prontuário: 1074046  
 Nº. Atendimento: 3270628  
 Serviço: ORTOPEDIA E  
**Enfermaria/Leito:**  
**Médico:**  
 MÉDICO PLANTONISTA

Nome: LUCICLEIDE MARIA DA SILVA  
 Idade: 25 Anos 8 Meses 0 Dia  
 Sexo: FEMININO  
 Idade: MARIA JOSE DA SILVA  
 Endereço: RUA 2, N.º 0 - 1 - BAIRRO: NOVO TRACUNHAEM - CIDADE: TRACUNHAEM - UF: PE  
 Contatos: 81. 91797649 | Celular: 81.  
 Nasc. 26/03/1993

### Admissão

**Queixa Principal**  
 DOR PERNA ESQUERDA

**História Clínica**  
 EST VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUINDO COM DOR EM PERNA ESQUERDA

**Exame Físico**  
 PR A MOBILIZAÇÃO  
 RUMENTO EM FACE MEDIAL PERNA ESQUERDA

**Observações**  
 EX FRATURA EXPOSTA PERNA ESQUERDA

**Conduta**  
 INTERNAMENTO

**Lucas Severo**  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CRM-PE 25.317

LUCAS SEVERO BOMILHA DE SOUZA - CRM: Nº.25317

26/11/18 - Pte em pfm  
 11h - Avaria vasa em BC/BR  
 pl cirurgia.

*[Handwritten Signature]*  
 (D)A. MARTHA HIRSCH  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Rua da Coluna  
 CRM 15757  
 RECIFE/PE 51.11652



# 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 TIBIA 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 ANTISSEPSIA
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 Larrazabal  
Traumatologia / Ortopedia  
CRM: 17.874. TEOT: 13.843



# ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

ROT 13.4-01.V1

SETOR: <u>PO7-00 10/03</u>	DATA: <u>28/11/18</u>	
NOME: <u>Josieleide Maria da Silva</u>		
NOME SOCIAL:		
IDADE: <u>25</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>26/03/93</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u>
FILIAÇÃO: <u>Paulo José da Silva e Maria José da Silva</u>		
ENDEREÇO: <u>Rua - H nº 94 Nazare da mata</u>		
PONTO DE REFERENCIA: <u>Próximo do Srº Maluco (SIC)</u>		
TELEFONES: <u>991797649 / 993309097</u>		
ENTREVISTADO(A): <u>Gerlane Cândido R. Costa</u>	PARENTESCO: <u>Cunhada</u>	
DOCUMENTOS: POSSUI <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> APRESENTADOS: <u>RG 9315 844 SDS/PE</u>		

1º ATENDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/> READMITIDO <input type="checkbox"/>	PROCEDÊNCIA:
ACOMPANHANTE: <u>Sim</u>	PARENTESCO: <u>Cunha da</u>
TABAGISMO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/>	ETÍLICOS: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/>
OUTRAS DROGAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/>	QUAIS:
POSSUI NECESSIDADE ESPECIAL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:
COBERTURA DE PSF: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	ACOMPANHAMENTO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>

PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS:
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: <u>04 Reside com a genitora + 02 filhas</u>	
APOIO FAMILIAR: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> ASSISTENCIAL <input checked="" type="checkbox"/> NÃO RECEBE <input type="checkbox"/>

ALTA HOSPITALAR: SAÍRA ACOMPANHADO <input checked="" type="checkbox"/> DESACOMPANHADO <input type="checkbox"/>
CONTATO C/ MUNICÍPIO <input checked="" type="checkbox"/> RECURSOS PRÓPRIOS <input type="checkbox"/> CONTATO C/ FAMÍLIA <input type="checkbox"/>

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

ASSISTENTE SOCIAL:

Maria de Lourdes P. da Costa  
Assistente Social  
CRESS nº 7588-1-E



### EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Luiseleide M<sup>te</sup>

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENF.: 10 LEITO: 03

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
------	------	----------

27/11/18	21h	Pac. admitida neste setor procedente da SRPA, consciente, sem febre, ganho, MIE com fixador externo, MSS, DMO, Hérnia, corado, aférril, eufórica, segue em obs
----------	-----	--

Ana Regina de V. Costa  
Enfermeira  
COREN: 62830

28/11/18 3= DPO Fratura exposta  
femur E / percloa  
Solicitado Rx comêl  
pré-op e curativo

Maurício Sérgio Vasconcelos  
Acupuntura, Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 10152

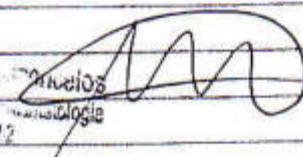
28/11/2018		Fisioterapia motora (030205001-9) Realizado fisioterapia ativa assistida em MIB; ativa em MSS e MID; marcha. Foco de glúteos e quadrup; C/Quintal.
------------	--	---

Priscila Silveira  
Fisioterapeuta  
172666-F

HOF  
Registro em Radiologia  
Reg. \_\_\_\_\_  
Tecnólogo em Radiologia  
CRM-PE: 10142 N

28/11/18		EG Reg, consciente, orientada, eufórica, aférril, fixador ext em MIE, renovado curativo, aceita a dieta, eliminação
----------	--	---

Verônica Ribeiro  
COREN-PE/10348-ENF.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
29/11/18		<p>Visto de controle com          boa redução e ausência          de representações sem          indicação de teste          cerebelares ok</p> <p>C. Alta hospitalar.</p> <p>Maurício de Almeida          Acupuntura          CRP 09 10412</p> 
29/11/2018		<p>Fisioterapia motora 1030205001-9/          Manutenção condutas + orientações          para alta.</p> <p>Priscilla 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 BERTI



Lucicleide maria da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

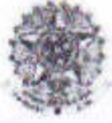
CÓDIGO DE CONTROLE  
99C1.3AF0.DE4B.DBF4

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

[www.receita.fazenda.gov.br](http://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)  
dígito 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