



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Marineide Marques da Silva (brasileira), Estado Civil Solteira, Profissão Empreg. Remota, RG 2210748, Expedido: SDS, PE, CPF n° 869285544-87, residente e domiciliado na Rua Alô do Bombom, Bairro Várzea Grande, Cidade: Recife, PE.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB PE sob o n° 22.820, com endereço profissional a Av. Lagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm.adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad iudicium", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desanquilar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a Justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, e, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: A declaro, firmado sob as penas das Leis 10.600/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 28 de Setembro de 2020.

Marineide Marques da Silva
Outorgante

Rua Padre Rêgo, 172, 880 José, Carpiá-PE, (51) 8095-9193/2129106
Av. Lagundes Varela, 988, 880 e 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, (51) 3451-8919
jm.adv08@hotmail.com

Digitalizado com CamScanner



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Marinicle Marques da Silva
RG 2.210.748, CPF 869.285.544-87
Residente na Rua Plt do Bombui, Bairro Vão da Goma
Cidade Recife, Estado de Pernambuco.

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito,
e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT,
para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações
legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo,
portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

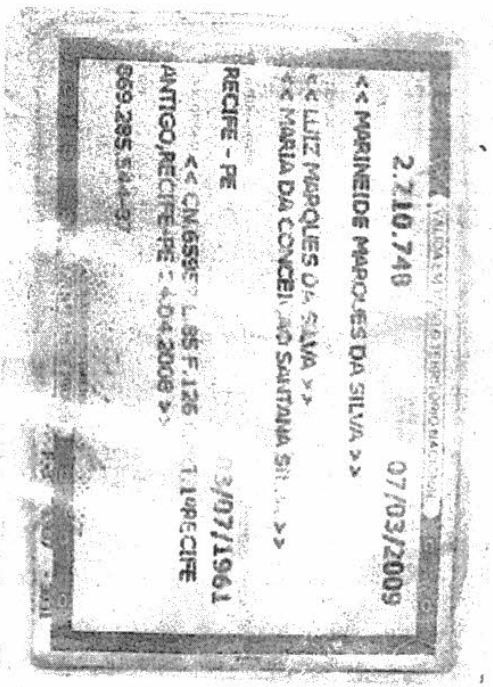
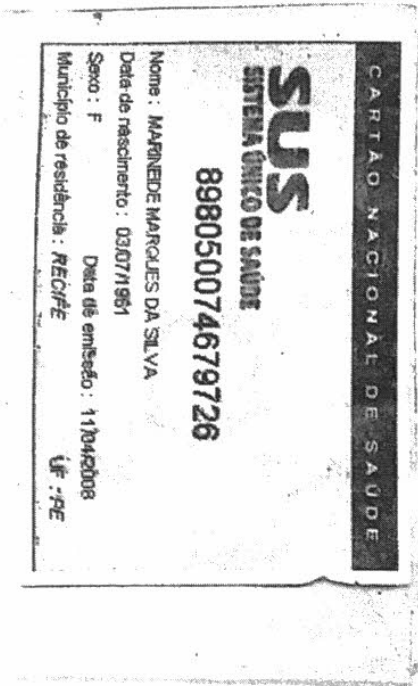
Recife, 28 de Setembro de 2020

Marinicle Marques da Silva

Assinatura do Declarante

Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**CELPE****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. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARINEIDE MARQUEZINA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ALTO DO BAMBUI 59 C

MINISTÉRIO DA GERAÇÃO ELÉTRICA
RECIFE PE
52280-455

CPF 869.285.444-27 INSC 183.103.530-1

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM TMS

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
1378475011	11/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE CANCELAMENTO
25/11/2019	19/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
148,44	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
085169661	0000	18/11/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
18/11/2019	2000146991	3279242

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,26247243	7,87
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44895274	31,48
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	118,0000000	0,67482911	78,29
Adesimto Bandeira AMARELA			1,44
Adesimto Bandeira VERMELHA			5,24
Contrib. Ilum. Pública Municipal			23,94
Multa por atraso-NF 077623250 - 18/09/19			0,12
Juros por atraso-NF 077623250 - 18/09/19			0,05

TOTAL DA FATURA

148,44

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3160641991	CAT	17/10/2019	1.034,00	18/11/2019	1.250,00	32	1,00/00		216,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh

NOV 19 216

OUT 19 20

SEP 19 20

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO

%

VALOR DO IMPOSTO

1.24,30

25,00

31,08

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$	44,35	35,85%
Transmissão	R\$	4,44	3,57%
Distribuição (L)	R\$	26,95	21,68%

Digitalizado com CamScanner



PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	008.02.2020
DATA	10.02.2020

Atendendo ao requerimento da Sra. **JULIANA MARTA 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

Scanned with CamScanner

Digitalizado com CamScanner





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA <u>5834172</u>
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>PAC 830612 - MARINIDE A. ARQUES DA SILVA</u>	Idade: <u>58</u>
Sexo: M () F () Profissão: <u>MSE MARIA DA CONCEIÇÃO SANTANA SILVA</u>	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: <u>Recife</u>	
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: <u>Doença de base + Doença de base</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Doença de base + Doença de base</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____	
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 () Sulsas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()	
Coloração 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

Digitizado com CamScanner



EXAME REUROLÓGICO																							
Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()																							
Escala de Coma de Glasgow (ECG)																							
<table border="0"> <tr> <td>ABERTURA OCULAR</td> <td>RESPOSTA VERBAL</td> <td>PESPOSTA MOTORA</td> </tr> <tr> <td>Abertura Ocular Espontânea 4</td> <td>Orientado 5</td> <td>Obedece ao comando 6</td> </tr> <tr> <td>Abertura Ocular a voz 3</td> <td>Confuso 4</td> <td>Localiza Estímulo Doloroso 5</td> </tr> <tr> <td>Abertura Ocular a dor 2</td> <td>Resposta Inapropriada 3</td> <td>Retirada ao Estímulo Doloroso 4</td> </tr> <tr> <td>Sem abertura ocular 1</td> <td>Sons Incompreensíveis 2</td> <td>Descorticação 3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sem resposta verbal 1</td> <td>Descerebração 2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Sem resposta motora 1</td> </tr> </table>			ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	PESPOSTA MOTORA	Abertura Ocular Espontânea 4	Orientado 5	Obedece ao comando 6	Abertura Ocular a voz 3	Confuso 4	Localiza Estímulo Doloroso 5	Abertura Ocular a dor 2	Resposta Inapropriada 3	Retirada ao Estímulo Doloroso 4	Sem abertura ocular 1	Sons Incompreensíveis 2	Descorticação 3		Sem resposta verbal 1	Descerebração 2			Sem resposta motora 1
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	PESPOSTA MOTORA																					
Abertura Ocular Espontânea 4	Orientado 5	Obedece ao comando 6																					
Abertura Ocular a voz 3	Confuso 4	Localiza Estímulo Doloroso 5																					
Abertura Ocular a dor 2	Resposta Inapropriada 3	Retirada ao Estímulo Doloroso 4																					
Sem abertura ocular 1	Sons Incompreensíveis 2	Descorticação 3																					
	Sem resposta verbal 1	Descerebração 2																					
		Sem resposta motora 1																					
TOTAL DE PONTOS ECG: _____																							
Sinais de disfunção cerebral: Déficit Moto () Desvio comissura labial () Dificuldade na fala () Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () 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 () Lólo () 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: _____ Oxigêniooterapia: 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																							
<i>Tto. Cerebral</i>																							
CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO																							
Hospital para onde foi encaminhado: _____ Médico Regulador: _____ Hora: _____ Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()																							
Local e data		Médico Assistente																					

Digitalizado com CamScanner





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 + LIMITAÇÕES 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:	☐ SIM ☐ NÃO	Episódio Emético:	☐ SIM ☐ NÃO	Acidente de Trabalho:	☐ SIM ☐ NÃO
Acidente de Trânsito:	☐ SIM ☐ NÃO	Tipo:			
Colisão:	☐ SIM ☐ NÃO	Tipo:			
Atropelamento:	☐ SIM ☐ NÃO	Local de Impacto:			
Vitima de Ferimento:	☐ SIM ☐ NÃO	Tipo:			
Queimadura:	☐ SIM ☐ NÃO	Por:			
Condições de imobilização adequadas:	☒ SIM ☐ NÃO	Transporte Realizado por:			
Exame Físico:					

A: Geral	Via aérea está pervia:	☒ SIM ☐ NÃO	O paciente fala:	☒ SIM ☐ NÃO	Temp.:
BEG, AAA, COTE, LIMITADA A MACA					
B: Respiratório:					
EUPNEICO, EM O2 AMBIENTE					
C: Circulatório					
PA: Pulso:					
HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL					
D: Exames Neurológico					
Deficiência Motora:		MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐		
Glasgow: Abertura ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora			
Score: Hora:	Score: Hora:	Score: 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 ORTOFEDIA					
Definição do Caso:					
Internamento ☐	Cirurgia ☐	Óbito ☐	Termo de Alta ☐	Evadiu-se ☐	Alta ☐ Transferência ☐

DANIEL SALDANHA DE MEDEIROS - CRM: Nº.24314

Médico



0301060100
0301100012
0301010048

Digitalizado com CamScanner



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SERVIÇO SOCIAL FICHA SOCIAL	
CARTÃO SUS:		Nº REGISTRO: 6638859	
NOME COMPLETO: <u>Marcos Vinícius Marques da Silva</u>			
NOME SOCIAL:		DATA DE NASCIMENTO: <u>03/10/1962</u>	IDADE: <u>58</u>
☐ EMERGÊNCIA ☐ ENFERMARIA		LOCAL: <u>Corredor</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua Altos da Bomba, nº 59 - Alto da Bomba</u>			
CIDADE: <u>Recife</u>		UF: _____	CEP: _____
TELEFONE P/CONTATO: <u>99454293 - Andreia</u>		SEXO: ☒ F ☐ M	
TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? ☐ NÃO ☐ SIM - QUAL? _____			
ESTADO CIVIL: ☒ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ SEPARADO ☐ VIÚVO ☐ OUTROS: _____			
ESCOLARIDADE:			
☐ NÃO ALFABETIZADO		☐ FUNDAMENTAL COMPLETO	
☐ APENAS ASSINA O NOME		☐ FUNDAMENTAL INCOMPLETO	
☐ EDUCAÇÃO INFANTIL		☒ MÉDIO INCOMPLETO	
☐ OUTROS: _____		☐ SUPERIOR COMPLETO	
☐ SUPERIOR INCOMPLETO		☐ OUTROS: _____	
SITUAÇÃO OCUPACIONAL:			
☐ EMPREGADO C/CARTEIRA ASSINADA		☐ SERVIDOR PÚBLICO	
☐ EMPREGADO S/CARTEIRA ASSINADA		☐ DESEMPREGADO	
☐ PENSIONISTA		☐ APOSENTADO	
☐ AGRICULTOR		☐ DO LAR	
☐ BPC/OUTROS		☐ AUXÍLIO DOENÇA	
☐ ESTUDANTE		☐ 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: <u>Roberta Marques Feijó</u>			
Nº DE DOCUMENTO: <u>82805-8</u>		TELEFONE: <u>98676437</u>	
GRAU PARENTESCO: <u>Filha</u>			
☒ RECEBEU INFORMAÇÕES SOBRE A DECLARAÇÃO DE ACOMPANHANTE.			
ASSINATURA: <u>Roberta Marques Feijó</u>			
OBSERVAÇÕES: <u>paciente em tratamento de saúde mental, em acompanhamento com a equipe de saúde mental do hospital, com diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, em tratamento com medicação e acompanhamento psicológico.</u>			
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: <u>10/12/19</u>	
SSOCIAL 1004 V.2 2017 Avenida General San Martín s/n - Candeia Recife/PE - CEP 50.630-060 Fone: 0800 81 31949500			

Digitalizado com CamScanner



HOSPITAL GETULIO VARGAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: DANIELLE COUTO OLIVEIRA LUNA

Em 11/12/2019 11:00

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: 11/12/2019 22:52

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 799597 (FECHADO)

Responsável: DANIELLE COUTO OLIVEIRA LUNA - CRM 14714 / CIRURGIA GERAL

Data 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, coraca, 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

Digitalizado com CamScanner





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

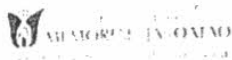
LP

Roberta C. de Almeida
C. Médica - Gastroenterologia
Mat. HG/ 243305-3
Cidade de Recife

Drª. Roberta C.

Digitalizado com CamScanner





Usuário: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMERO
 Date: 20/12/2019 14:16:25
 Hora: 14:16

Sumário de Admissão e Alta

Nome: MARINEIDE MARQUES DA SILVA Prontuário: 779053
 Atendimento: 259825 Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA
 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

02. Cirurgião: JOAO PAULO DE ANDRADE ROMERO
 03. 1. Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO
 04. 2. Auxílio Cirúrgico:
 05. 3. Auxílio Cirúrgico:
 06. Demais Auxílios Cirúrgicos:
 Anestesiista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO
 Clínico:
 08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
☐ Diária de UTI
☐ Diária de Acompanhante
☐ Vacina Anti - Rh
- ☒ Uso de Prótese Órtese
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico Principal: S826 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Diagnóstico Secundário:

Data de Alta: *Alta com Retorno*

Data de Internação: 18/12/2019

Data de Alta: 23/12/2019

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 ROMERO
 CRM: 22622

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3493.0000

Digitalizado com CamScanner





Usuário: JOAO PAULO DE ANDRADE
Data: 20/12/2019 14:20:41
Hora: 14:20

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: MARINEIDE MARQUES DA SILVA

Prontuário: 779053

Identificação: 259825

Unidade de Internação / Leito: E/IF 13 - LEITO 05

Sexo: Feminino

Idade: 58 Anos, 5 Meses e 21 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 ASSEPTICA;
APOSIÇÃO 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

Sr João Paulo Romeiro
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 22642

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

CRM: 22622

Digitalizado com CamScanner





FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

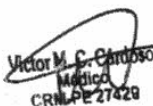
INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Marineide Marques da SilvaREGISTRO: 779053 DATA DE NASCIMENTO: 03/07/1961RG: 2.210.748 ORGÃO EMISSOR: SDS/PEENDEREÇO: Rua: Alto do Bambui n:59
vasco da gama RecifeNOME DA MÃE: Maria da Conceição Santana SilvaDATA ADMISSÃO: 18/12/2019 DATA ALTA: 21/12/2019DATA DO PROCEDIMENTO: 20/12/2019 CID: S82.6DIAGNÓSTICO: Fratura do maléolo lateral
EsquerdoTRATAMENTO 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

Digitalizado com CamScanner



Atendimento: 259825

Convênio: SUS - INTERNACAO

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: S82.3

HISTÓRIA 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 FISICO 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:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

FX DE MALEOLO LATERAL ESQ.

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Dr. José Ailton Aráujo
Médico
CRM: 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3487-9888 - www.hmjpe.org

Digitalizado com CamScanner



Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
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		07/07/1961	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 398050074679726		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		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		261160	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA RECIFE		13 - UF		PE	
		19 - CEP		52280485	
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). ID: FRATURA FECHADA MALEOLO LATERAL (11/12/19) EUS 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 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 TERCIÁRIO					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRANSFERENCIA HOSPITALAR		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
29 - CLÍNICA TRAUMATO		30 - CARÁTER DE INTERNAÇÃO ELETIVO		31 - DOCUMENTO CNS CPF	
32 - Nº DO DOC DO PROFISSIONAL SOLIC.		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: Nº.7472			
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17/12/2019		35 - ASS. E CARIMBO			
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE	
37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ DA EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		44 - CBOR		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
EMPREGADO EMPREGADOR		AUTÔNOMO		DESEMPREGADO	
APOSENTADO		NÃO SEGURADO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD ORGÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO CNS CPF		49 - Nº DO DOC DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		51 - ASSINATURA E CARIMBO	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 17/12/2019					

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

Digitalizado com CamScanner





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1522863/2019.

NOME: MARINEIDE MARQUES DA SILVA.

Foi atendido às 11h47 do dia 11.12.2019.

Diagnóstico provável: T.P.E. LEVE
FRATURA FEMORAL DE QUALEDO LATERAL
ESQUERDO.
(ATROFELAMENTO)

Tratamento realizado: TAC DE CERVIC. SEM LESES
NEUROCIRURGICAS + TAC DE CERVICAL S/ LESÃO
TALIA GESSADA
ALTA DA NEUROCIRURGIA.
EXAMES LABORATORIAIS

Obs. RETORNO AO SERVIÇO DE ORTÓDIA - HOSPITAL
GETULIO 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

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lb.
Médico - 2003

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

Scanned with CamScanner
Digitalizado com CamScanner



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/Infopol-5.0.9/xml/BOEP/view.1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 017ª CIRCUNSCRIÇÃO - VASCO DA GAMA - DP17ªCIRC
DIM5ªDESEC

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/PE/BRASIL - CEP: 52071-035**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARINEIDE MARQUES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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 (IG) 86928554487 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Endereço Residencial: RUA ALTO DO BANDEIRA, 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



File:///C:/Users/ST251/infopoi-3.0.9/ami-BOE/Preview

PROXIMIDADES DO SUPERMERCADO O DESKONTÃO NO BAIRRO DE CASA AMARELA, POR UMA MOTOCICLETA E QUE O CONDUTOR SOLICITOU A PRESENÇA DO SAMU, OCORRENCIA Nº 2-719400 E RETIROU-SE DO LOCAL; A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA A UPA 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 *marineide marques da silva*
(VITIMA)

B.O. registrado por: OZIMAR PINHEIRO BRAGA - Matrícula: 3609560 *Ozimar*
(Liberado em 30/07/2020 às 08:54)

Digitalizado com CamScanner





Buscar no site



A COMPANHIA

SEGURO DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos de Atendimento)

CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS

SALA DE IMPRENSA

TRABALHE CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200272969 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARINEIDE MARQUES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO MARINEIDE MARQUES DA SILVA

CPF/CNPJ: 86928554487

Posição em 07-10-2020 09:53:50

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$0.000,00

Juros e Correção: R\$0.000,00

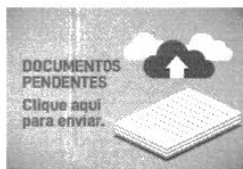
Valor Total: R\$0.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

10/08/2020 R\$ 1.687,50 R\$ 0,00 R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/08/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	https://sisdvpatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/jLghVfCGrICLe00gzeUQ==/PjnAkdOcuWoxOyXjk0f0dWCbrj+KC97X8ZuuGlsqWtKDaz25vdrRQQA0cUauhmH/K9GoRwplULzAGbQwqdnHFQ==/SKNQ33sighPUMCA+a+oahZikCani_90muCK2aMKt6Kp4b2gY9mYcdRrSowKT7api_key=xv3QU6G4cejbHm+oZOXCHht73IAbYA__Nj119B1tdjcg=
05/08/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	https://sisdvpatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8TWghFaoBfy1EGMZr06wQ==/Fhwdc2TjH6H1Jn5TbFsAPPr8DzK_LzU0TTrsjuqn8NFuc60BU40aIPxPrd/loALToqckagUGPunONFX_Q==/79USVAh1FK8B5zh3jigVz54XCckl6WLu50b+Zwepb5UMdtr4wpsD86eY_QUa02LViqyezHn+OxjKk87frQM4w==7api_key=xv3QU6G4cejbHm+oZOXCHht73IAbYA__Nj119B1tdjcg=

<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8><https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetutados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Chat

07/10/2020 09:54

