



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1482991245

NOME
AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
8196592 SDS PE

CPF DATA NASCIMENTO
096.476.224-22 06/09/1990

FILIAÇÃO
NAO DECLARADO
IVANISE FERNANDES SOUZ
A

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
05713447319 09/08/2022 20/02/2013

OBSERVAÇÕES
A

Ayane Katiele Fernandes Souza
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO
CARUARU, PE 10/08/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

18888059386
PK080138438

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482991245





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

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

SEBASTIAO VALDECI DE LIMA

CPF: 030.888.674-05

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
058223664	UNICA	23/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/04/2019	2002485271	834022

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA FREI INACIO VILAS LOBO 49 A
FUNDOS

JOAO MOTA/CARUARU
CARUARU PE
55010-180

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

4009854121

04/2019

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

30/04/2019

23/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

16,92

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo(kWh)	30,0000000	0,58421462	16,92
TOTAL DA FATURA			16,92

Scanned by CamScanner



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Aylene Kátiele Fernandes Souza, Brasileira, casada, portadora do RG nº 8196592 inscrito CPF nº 096.476.224-22, residente e domiciliada na Rua Frei Inácio Vitor 1000S, 49-A, Jooz Nota - Camamu - PE.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 13.12.19

Aylene Kátiele Fernandes Souza
Outorgante



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 13 de dezembro de 2019 .

x Ayane Katiele Fernandes Souza



file:///C:/Users/inv/infopol/wn/BOEPreview.htm



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª CIRCUNSCRIÇÃO
CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E2106000486

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/10/2019 às 15:46

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 25/4/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: COHAB 1 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL.
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
SEBASTIAO VALDECI DE LIMA (OUTRO)
AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SEBASTIAO VALDECI DE LIMA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: IVANISE FERNANDES SOUZA Data de Nascimento: 08/1990 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 49, RUA FREI INACIO VILAS LOBO - CEP: 0 - Bairro: JOAO MOTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

SEBASTIAO VALDECI DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 49, RUA FREI INACIO VILAS LOBO - CEP: 0 - Bairro: JOAO MOTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Cor: OUTRA COR - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)



Boletim de Ocorrência

Página 2 de 2

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): SEBASTIAO VALDECI DE LIMA, que estava em posse do(a) Sr(s): SEBASTIAO VALDECI DE LIMA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 100 BROS Objeto apreendido: Não

Cor: BRANCA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PED 1707 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 116502166 Chassi: 9C2KD1000JRD07459

Complemento / Observação

INFORMA QUE SE ENCONTRAVA NA RUA NAZARE DA MATA NO BAIRRIO BOA VISTA E NO CRUZAMENTO UM VEICULO COLIDIU COM A MOTO CONDUZIDA POR SEBASTIAO E QUE A VITIMA DE NOME AYANE SE ENCONTRAVA NA CONDICAO DE PASSAGEIRA AMBOS CAIRAM DA MOTO CAUSANDO FERIMENTOS NA VITIMA COM FRATURAS NA PERNA DIREITA E SEBASTIAO SOFREU ESCORIAÇÕES PELO CORPO O SAMU SOCORREU A VITIMA PARA O HRA ONDE FOI CIRURGIADA

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

AYANE KATIELE FERNANDES
SOUZA
(VITIMA)

Ayane Katiele Fernandes Souza

B.O. registrado por: JOSE CARLOS DE LIMA

M. 53029-1

Imprima





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sr.^a AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA portadora do CPF: 096.476.224-22 e RG: 8.196.592 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1904250233 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, a mesma no dia 25/04/2019 às 11h e 44min, no endereço RUA NAZARÉ DA MATA, JARDIM BOA VISTA, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO CARRO X MOTO tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO e MOTOLÂNCIAS, que prestaram atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 03 de Maio de 2019.

Thiago Acioli
Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Esta declaração foi entregue ao Sr. SEBASTIÃO VALDECI DE LIMA (ESPOSO) portador do CPF: 030.666.674-05 e RG: 5.803.118 SDS-PE.

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 09/05/19

Scanned by CamScanner





EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA Atendimento: 503700 Prontuário: 337515
Data Nasc.: 06/09/1990 Idade: 28 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
CPF: 09647622422 RG: 8196592 CNS: 706006853847648
Endereço: RUA FREI INACIO Nº: 49
Bairro: JOAO MOTA Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55024000 Fone: 991186060 Profissão: AUTONOMO
Nome da Mãe: IVANISE FERNANDES SOUZA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO

Data: 25/04/2019 12:39

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

1. - VITIM DE ACIDENTE DO MOTO CI FUNDO -
COM UM POUCO DORNA.
LOW GRUPO CI POUCA SINT

Exame Físico:

Bom poder 2.5m

ABC DU OR.

SINT. ABC, 51 TC 2

Diag. Provisório:

1 - SOUCITO MIO-X PORO - D
JURADO D APO
COM - D

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
RAIO - X
DATA 25/04/19

Prescrição:

Data

MIO - X

Dieta:

TOMA 1.5

data - x de 2019
BACI - 1.5

AVIC - 1.5

AVIC - 1.5

Dr. Marcelo Duarte
Médico
CRM - 10117

Dr. Marcelo Duarte
Médico
CRM - 10117





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

25/04
Com tempo 14:35
Paciente com queixa de náusea e vômito.
SGR: normal, hemograma, creatinina, ureia, glicose, albumina, colesterol, triglicerídeos, RUA 1
Exames: Solicito tomografia abdominal
- Guarnição (116, 117)
- Ressonância magnética de cabeça
Alta da Emergência para
DOS Unidades de Pronto Atendimento
FUBOPE 13780
FUBOPE 13780

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

25/04/2019 12:39:50
2 de 2

Usuário do Atendimento
MEYDSONWBC

Scanned by CamScanner



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Agnes K. L. F. Mendes

Nº do Registro:

Clínica: Oftalmologia

Nº do Leito:

Operador: Dr. Wilson1º Assistente: Dr. Marcos

2º Assistente:

Instrumentador: Dr. Carlos

Anestesiologista:

Anestesia: Proprio

Duração:

Data da Operação: 15/07/14

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: Falta de visão da parte da retina e do fundo de olhoDiagnóstico Pós-Operatório: A. Mendes

Operação Proposta:

Exatidão cirúrgica de fundo de olho

Operação Realizada:

0 mm

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

① Ponto de vista do olho direito.

② Análise e análise de fundo de olho e análise de fundo de olho.

③ Análise do fundo de olho e análise de fundo de olho.

④ Exatidão e análise de fundo de olho e análise de fundo de olho.

⑤ Trabalho de fundo de olho e análise de fundo de olho.

⑥ Trabalho de fundo de olho e análise de fundo de olho.

⑦ Trabalho de fundo de olho

⑧ Trabalho de fundo de olho e análise de fundo de olho

OBS: 1 - Trabalho de fundo de olho e análise de fundo de olho.

2 - Trabalho de fundo de olho e análise de fundo de olho.

Scanned by CamScanner

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Almeida Pereira Francisco Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

337515

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710610161538471648

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/04/91

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Joana Maria Fernandes

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente em estado de coma, com lesão no membro superior direito.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão de fratura.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + Exame clínico + Amostra.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de braço D.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Wilson Carlos da Silva

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/04/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

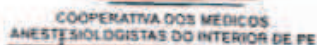
() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

Scanned by CamScanner





N 218207

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TECNICA ANESTESICA	DURACAO DA OPERACAO	DURACAO DA ANESTESIA	ENCAMINHAMENTO	DESTINO
Despoflurina Indica		3mg	Indica (transparência dental, princípio lento, respiração espontânea)				
Midaxina		60mg	efetiva				
Midaxina		30mg					
Propofol		10mg					
Propofol		30mg					
Conc. Indica		2 lites					

Dr. Flavia L. A. Pereira
Enfermeira Assistencial
2020/12/24
+ R3 Signd.
+ R3 P. 100 -
Scanned by CamScanner

Saúde da Saúde		PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
				Masculino ☒ Feminino ☐			
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)							
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
						19 - CEP	
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL				26 - CID 10 PRINCIPAL		27 - CID 10 SECUNDÁRIO	
						28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)							
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				30 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE							
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I		☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE	
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		40 - QTDE	
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO							
Procedimento de saúde de caráter ambulatorial em jejum de rotina.							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				43 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
44 - DOCUMENTO		45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
CNS () CPF		2 2 3 3 3 3 3 3 3 3		Dr. Paulo Antonio Coelho Castor CRM 123456			
AUTORIZAÇÃO							
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				48 - Cód. ORGÃO EMISSOR		49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
50 - DOCUMENTO		51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
CNS () CPF							

Scanned by CamScanner



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

8 - NOME DO PACIENTE

Aline Ketili Fernandes Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

337575

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7060068538471648

9 - DATA DE NASCIMENTO

03/03/1971

Masc. ☐Fem. ☒

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Vanise Fernandes

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Frei Inácio 49 Boa Vista

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caruaru

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

At. vítima de trauma CI fechado -
DM Rom. DM 4 -

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

MTC -

4d

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de Pomo - O

24 - CID 10 PRINCIPAL

S829

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura de Pomo - O

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

014081051051010

29 - CLÍNICA

VAT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

VAT

31 - DOCUMENTO

JCNE

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

8709177

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Václav Duarte

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25/09/17

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

Dr. Václav Duarte

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Václav Duarte

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

PE-43-004

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261910397864-5

49 - DOCUMENTO

() JCNE () JCPE

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Václav Duarte

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

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

Dr. Václav Duarte



Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)

Nº 058039

2ª Via Cliente

Hospital: H.R.H Convênio: TAC Cidade: Parnamirim
Nome do Paciente: Ayne Ketelli Fernandes Data da Cirurgia: 25.04.19
Médico: Dr. Wilson Gomes Membro Operado: Perna

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
Fixador externo tubo a-1-40		01	
264592-0			
0702030384			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

CX 187

ENDEADOR/INSTRUMENTADOR: Canga

Scanned by CamScanner





ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO
AV. AGAMENON MAGALHÃES, 1116, MAURÍCIO DE NASSAU



Ayane Katiele Fernandes Souza

CPF : 09647622422

LAUDO MÉDICO (DPAVT)

ATESTO QUE PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO EM 26/04/19 CAUSANDO FRATURA EM TÍBIA ESQUERDA.

FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRURGICO NA DATA DE 14/06/19. EVOLUI COM DEFICIT DE AMPLITUDE/FORÇA DE MOVIMENTO, MARCHA CALUDICANTE COM AJUDA DE MULETAS.

PORTADORA DE SEQUELAS IRREVERSÍVEIS

RAIO X - PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE.

CID-10 : S72.3

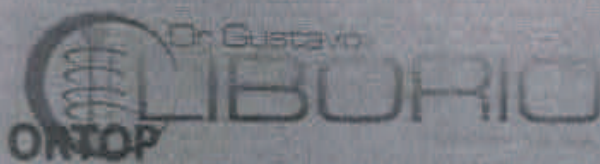
CARUARU 21 DE NOVEMBRO DE 2019

DR. GUSTAVO LIBÓRIO
ORTOPEDIA & CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPÉDICO
RECONSTRUÇÃO E ALONGAMENTO ÓSSEO

CRM 15582 - TEOT 13985
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15582 - TEOT 13985
TITULAR SGO 1116

Av. Agamenon Magalhães Nº 1116 - Maurício de Nassau
Caruaru-PE
81.3136.2983 / 9 9783.3052





ORTOPEDIA - CIRURGIA DO TRAUMA - RECONSTRUÇÃO E ALLONGAMENTO DO Membro

AV. AGAMENON MAGALHÃES, 3116, MAURÍCIO DE NASSAU

Ayane Katheir Fernandes Souza

CPF: 05847622422

LAUDO MÉDICO (DPAV)

ATESTO QUE PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 26/04/19 CAUSANDO FRATURA EM TÍBIA ESQUERDA

FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA DATA DE 14/06/19 EVOLUI COM DEFICIT DE AMPLITUDE/FLEXÃO EM MOVIMENTO PASSIVA CALCANTE COM APOIO DE MULETAS

RAIO X - PRESENÇA DE MATERIAL DE SÍNTESE

ORTOPEDIA

EXAMINADO EM 22 DE AGOSTO

DE 2019

Dr. Gustavo Liborio
TRAUMA-RECONSTRUÇÃO
CRM 15362-TCO
TITULAR SUBSTITUTO

DR. GUSTAVO LIBORIO

ORTOPEDIA E CIRURGIA DO TRAUMA ORTOPÉDICO
RECONSTRUÇÃO E ALLONGAMENTO OSSÍO

CRM 15362 - TCO 15362

Assinado eletronicamente por:
Gustavo P.

81.3136.1982

Scanned by CamScanner



SINISTRO 3190576370 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO AYANE KATIELE FERNANDES SOUZA

CPF/CNPJ: 09647622422

Posição em 13-12-2019 10:29:53

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/10/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

