



ARIANE

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/minhaOi

FATURA DE
OUT/2019
CÓDIGO MINHA OI
401655027732

VENCIMENTO
05/11/2019
Emissão em 15/10/2019
Período de 13/09/2019 a 13/10/2019

PAGAR (R\$)
212,47



CTC RECIFE PE PL1
ARIANE MODESTO DE MONTEIRO
RUA ANTONIO FALCAO 384 SL 101
BOA VIAGEM
51020-240 - RECIFE - PE



7213512820 25179 00005084815 30 251019

**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.



Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI TOTAL

197,30

ARIANE MODESTO DE MONTEIRO
CPF: 038.226.834-28
NÚMERO DO CLIENTE: 2134975451

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu Jonathan Roche MOREIRA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.135.894 / 23 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JANCIANE BEZERRA DA SILVA ALVES inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.423.569 / 10

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAZ PERMANENTE da Vítima JANCIANE BEZERRA DA SILVA ALVES

inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.423.569 / 10 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço: <u>RUA ANTONIO FALCÃO</u>	Número: <u>384</u>	Complemento: <u>AP 101</u>
Bairro: <u>BOA VIAGEM</u>	Cidade: <u>RECIFE</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>JONATHAN MOREIRA@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>51.020-240</u>	Tel.(DDD): <u>(51) 99962-9739</u>

Local e Data: RECIFE, 22 DE NOVEMBRO DE 2019



Assinatura do Declarante

U: Jade de Saúde: 898 0039 7672 4573

PACIENTE
 Nome: Jonecione Bezerra da Silva Alves Categoria: SUS - 31
 Sexo: Feminina Idade: 26-03-96 Cor: Parda Estado Civil: Solteira
 Naturalidade: Feira - CE Profissão: Agente de Saúde
 Endereço: Vila do Carneiro
 R.G.: CPF: 027-433-664-10 PIS/PASEP:

RESPONSÁVEL
 Pessoa de quem depende: Mãe Parentesco: Mãe
 Endereço: Vila do Carneiro Fone: 8117 2902
 R.G.: CPF: PIS/PASEP:
 Endereço: Fone:

OCORRÊNCIA
 Local do Acidente: Data: / / Hora:
 Natureza do Acidente:
 Casual Acid. do Trânsito Tentativa de Suicídio
 Queda Intoxicação Outras Causas
 Acid. do Trabalho Agressão

ATENÇÃO MÉDICA
 Atendimento: Clínico Cirúrgico
 História da doença atual: Paciente vítima de esportamento
 com dor intensa e colúmbos torácicos, a
 nível de T4/T5, mantendo a decúbito
 zero para redução de dor.

EXAME FÍSICO
 Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:
 Abd: Insensível a palpções R.H.P.
 AP: M.A. A.H.P.
 Glasgow 15.
 Palpções do Colúmbos torácicos, dor a nível de T4/T5.

Diagnóstico Provisório: Apatia de colúmbos torácicos
 TCE.

Assinatura da Recepcionista

Carimbo e Assinatura do Médico - CREMEPE
 Dr. Roney
 Médico-Cirurgião
 CREMEPE: 2296
 CREMEPE: 1234

INSPEÇÃO

PALPAÇÃO

AUSCULTA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA:

TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR 04 DIAS.

- CURADO
- MELHORADO
- INALTERADO
- PIORADO
- ÓBITO

- ÓBITO EM _____
- HORA _____
- + 48 HORAS
- 48 HORAS

MOTIVO:

- DECISÃO MÉDICA
- ALTA PEDIDA
- TRANSFERÊNCIA
- INDISCIPLINA

TRANSFERIDO PARA _____
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Infarto do miocárdio anterior

TRATAMENTO Clínico + transfusão

DIAGNÓSTICO ANATOMO-PATOLÓGICO _____

DATA 11/10/71

José Ivan Vidal
Médico - CRM 5375

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
E CARIMBO OU NOME DO MÉDICO EM LETRA DE FORMA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Regional de Arcoverde - VIª DIRES
Evolução Clínica

Unidade de Saúde: _____
 Nome do Paciente: FRANZIANE REZARA Registro Nº _____
 Clínica: _____ Leito Nº _____

Data	Hora	Evolução
		# Anamnese atualizada #
		Paciente consciente e orientada para o tempo e espaço em HTE
		Não apresenta medicações e imunizações.
		Desenvolveu paracetamol de CT.
		Não há 2 meses de 12 meses apresentando tosse e
		lançamento de expectoração com muco branco e amarelado.
		Atualmente apresenta tosse seca e expectoração com muco branco.
		LOT-DIAGNÓSTICO / ANÁLISES INICIAIS
		ANÁLISES DE URINA E SANGUE
		08/07/18
		Paciente em uso de T.C. - evidenciando
		apresentando de sintomas ventilatórios.
		Paciente está em uso de
		tratamento sintomático.
		Atualmente em uso de T.C. - com

Dr. Diego ...
 CRM 23334
 U.B. JUL. 2018

J. Severina
 SUS 206130
 CRM PB 4
 CREMERIA

SUS 206130
 CRM PB 4
 REPIA UBA

10/7/18

From work

from doer

Madam Sir

B-Ref report

Centre, Harlow.

Oni-pulsi

find viti namit

Jose Ivan Vidal
Chartered Accountant
020 3575 3575

11/7/18

Part of previous letter
clerk. from information.

B-Ref report

find viti namit

Jose Ivan Vidal
Chartered Accountant
020 3575 3575

is 12.

transfer of 10 H.R.

of other numbers

Jose Ivan Vidal
Chartered Accountant
020 3575 3575



EVOLUÇÃO CLÍNICA



Unidade de Saúde:

Nome do Paciente:

Registro Nº:

Clínica:

Leito:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
21/7/19		Interferência hospitalar por dor em coluna torácica.
03/7/19		Pré TC de coluna torácica. B-1 de 10/11/19. Dr. Romero Machado CRM: 22586 CREMESP: 17637
04/10/19		A. Osteodisplasia. Pré gravante dor óssea torácica. CD: Soluto TC de coluna torácica. Dr. L. G. Mendonça CRM: 18765 TEOT: 13833
05/07/19		TC de coluna torácica. "Tramie" de coluna torácica. Função com dor aguda, para nos membros inferiores de pré em diartroses. Pré em: coluna torácica. Pré em: 15, para os membros inferiores com déficit motor de 1º funículo ou déficit de sensibilidade de CD: - Aparelho TC - Osteo R. 19267

Dr. José Milton Freire Filho
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
CRM: 19267

06-7-18

Frite abreviada 90m, 10m, 10m.

Glaxo

Novina normal-

sem pleu.

de parisi

de ref. de pri.

hivida, anti-Fred, unipl.

sem unipl.



ot
-
ot
/ 16

União PCB

o Fraternidade da Coluna
Bom dia

o Aguardado há

longo tempo, em fase

de trabalho em Coluna

com o trabalho

com o trabalho

o trabalho em Coluna

J. Severiano de P. S. Silva
SUS 20679047367000 R
CRM FB 4732
CREMOP 2111

Q



FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 997671/2018

NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES.

Foi atendido às 16h00 do dia 11.07.2018.

Diagnóstico provável: TCE - HSAT
Fratura de T3 ITS e fratura explosiva de T4
Frankel E
(capotamento)

Tratamento realizado:
Artrodese de via posterior de T3-T4, T5, T6-T7
Exams complementares
Trat. de suporte clínico

Obs. Alta em 08.08.2018

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 07.10.19.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Frankita Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

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

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 164040 Admissão: 11/07/18
Nome: Jenifer Bezerra de Alencar
Foi atendido às _____ hs. do dia 07, 08, 2018

Diagnóstico Provável: _____

- (1) inm faciente / Rotinaux
(2) PO de artrodia T3/T4/T5/T6/T7
por UR (02/08/2018)
em T08/S06

Tratamento Realizado: Paciente recebeu alta em
nos procedimentos de rotina, e de rotina
por UR.

- #Orientações:
(1) Retorno ao ambulatório
de R. Regular por 30 dias

Observação: (2) Retorno por no dia
16/08/18

Cópia de: (3) Histórico das atividades
laborativas por 90 (noventa) dias
Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

João Moreira
CRM 24218
recipiente

A9

15



Secretaria de Saúde do E
Hospital da Restauração
Ficha de Ate

Numero do Registro

Atendimento: 998436
Paciente: JANEICIANE BESERRA DA SILVA ALVES
Nome Mãe: MARIA BESERRA DA SILVA
End: POVOADO DOS CARNEIROS
Bairro: CENTRO Cidade: BUIQUE
Nascimento: 16/08/1976
Localização: SALA LARANJA / GERAL
Leito: LEITO EXTRA 09 Serviço: NEUROCIURGIA
Data e Hora Atendimento: 12/07/2018 01:00

Prontuário 1640240

Nº 1
PE

997671 Data e Hor. 11/07/2018 16:00 Atendimento Manual: EMERGENCIA GERAL

Cod. Paciente: 1640240 Paciente: JANEICIANE BESERRA DA SILVA ALVES Sexo: FEMININO

Data de nascimento: 16/08/1976 Idade: 41a 10m 25d Acompanhante:

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Cartão SUS: 700500775487856

Endereço: POVOADO DOS CARNEIROS Número 1
Bairro: CENTRO Complemento:
Cidade: BUIQUE UF: PE Telefone: (87) 3249-1543

Motivo do atendimento: ACIDENTE CAPOTAMENTO
Procedência: HOSPITAL REGIONAL DE ARCOVERDE

Informações do Serviço Social: *Exame de des. de o. e. a. m. a. JANEICIANE BESERRA DA SILVA*

Confirmação de nome: Fones: Assistente Social
Confirmação de endereço:
Providências: Alta Caso Social
Encaminhamentos: Rede de Apoio GPCA Cons. Tutelar Delegacias Minist. Publico
Outros
Observação: Catarata Sic Notificado 12/07/18
Vigilância Epidemiológica Hospitalar

História Clínica:
Janeiciane, 41, vítima de capotamento na 100, com TCE. Evoluiu com desorientação (por 1d), sem vômitos ou perda de consciência. A TC, mostrou HSA de tamanho diminuto, com tratamento conservador. Evoluiu com melhora do quadro neurológico e estabilização clínica. Apresenta, a TC de coluna, com fratura explosiva em T4, e comprometimento de T3 e T5; apresenta, também, dor torácica à movimentação.

Atendimento Médico
Perda de consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não
Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: Capotamento Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim Não Sofreu Queda: Sim Não Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim Não Por Quê?

Exame Físico:
A: Geral Via aérea está pérvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp:

EGOs, consciente, orientada, corada, expulsa, hidratada

B: Respiratório *MMV + sem AHT, A/R A SO2 99%⁶*

C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm

BNF em 2T, HCT 11,2 112 bpm

*12 07 18
Buique*

Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular: 4 Hora: _____ Glasgow: Resposta Verbal: 5 Hora: _____ Glasgow: Resposta Motora: 6 Hora: _____

Exposição/Abdômen:

Abd flácido, depresso, indolor à palpação

Diagnóstico Inicial: ① Fratura de vértebras torácicas (T3-T5) Cod. Procedimento

Lesões 4 Expressões de T3 grande comprometimento de borda posterior) — 2+4+0

② HSA D pequenas dimensões Ass. Médico
 ③ Felitraguma na tosse
 ④ Catarata

CD: ① TC controle ③ Sol lab
 ② Índices curativos medidos (T3-T5)

Resolução de Enfermagem: Ass. Enfermagem

Finalização do Caso: Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta Condição de Alta:

Transferido para: _____ Nome completo legível: _____
 Autorização para Alta / Internamento / Transferência: _____ Data: 07/08/18 Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento: Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.
 Nome completo legível: _____
 Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido: Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.
 Nome completo legível: _____
 Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 11-Jul-18



Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

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

Reg. 1640240

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)

Nº 53665
1ª Via Fixa

Hospital: HR Convênio: SUS Cidade: Recife
Nome do Paciente: Juciane Bezerra das Silva Alves Data da Cirurgia: 02/08/18
Médico: Dr. Leocledes + Dr. Rita Membro Operado: TRM Tóraxico

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
1 lote		02	ex 296
Parafuso		08	
Bloqueadores		08	

Rita Mota
Médica-Residente
Neurocirurgia
CRM 19.281-PE

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				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Formo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

07/2018 15:51

Nome Paciente: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/08/1976
Sexo: Feminino
Idade: 41
Senha: PU0013
Convênio:
Atendimento:

11/07/2018 15:51 - JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HA 10 DIAS EVOLUINDO COM DEFICITE DE FORÇA EM MMII

Observação:

SENHA 5466654

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Acolhido(a) por: JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO

Data: 11/07/2018 15:51



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jameirone Bezerra

EVOLUÇÃO CLÍNICA

13/07/18 # NOLA

TCE - HSA
TRM torácico

Paciente estável; sem queixas atuais,
sem déficits
ECG=15 Bo Foto

CD = 1 - A aneurisma/Sineta
2 - Ag. Ax

Renata Montezano
Médica Residente
R. 12.345.678

09:00 # NOLA 14/07/18

AD: HSA

TRM torácico
(Frankel - E)

continua estável,
sem intercorrências
ECG=15

Dr. Desiderio Alkim
Neurocirurgião
CREMERF 22290

CD: coleta no Jaws
Ag. Ax

COLETE
ENTREGUE

DATA: 14/07/18

Jenejian Lerouge.
15 107 2 21
Fe 1000
R. M. E.

Es hml
que se anhyse
C.C. 15, 0.00
Col: mnto
di 62 100 kg

RECEIVED
GENERAL INVESTIGATIVE
DIVISION
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE

16-07-18 Neurociencia
San Intercomunicación
de ciencias,
corada, orientada
Frankel E.
10 de 50 unidades /
anuales
f. 100

17/6/13

no
tra 1000 / 1000 E

Ende 1000, de 1000
en 1000
el. Ayuda / R B X Anual

RECEIVED
GENERAL INVESTIGATIVE
DIVISION
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

18/7/18 # 1028 #
 90510 HD - TRM torçao.
 FX 95.

Paciente após estavel BEG
 COTE, eupneico e euforico com
 novos reflexos de intercostais
 ECG-15. Força preservada sem
 fadiga ok

André Manoel Viana Silva
 Neurologista
 CREMERF 25.628

CD Ag 100 50 ml

19/7/18 # 1028 # 11:20
 HD - TRM torçao

Paciente após estavel
 Glasgow 15, sem novos déficits
 (0-ventral E2)

André Manoel Viana Silva
 Neurologista

Bruno Brito
 enr: 13952



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

36/11/13

UIC

16h - 17h

Revisão de

2 exames

48: (14)

Fluorescência

U: Ag. Cx

Ho - Sto Antão

U Box Amarelo

Dr. Alex Patrício Guillen
Neurologista
CRM 13952

26/05/13

#PCA#

12:00

HO: Tmz Sandozo.

Revisão exame de urina
flor - 15, flocos K

Revisão (11) Ag. Cx
UIC

Brung Lobo
Neurocirurgião
CRM 13952

25/04/18

ACR

Torre

Punto del
de p...
97-115

14: Ag. LX

Ad Ho sobre labor

Dr. Alex Robinson
Neuroci.
C.R. 1.254.254
dpto. 022.552.5000

≠ Act ≠

28/07/18

continua en AUB,
y intercorren
enfrentos, los HMO
ECC = 15

CD. Ag. LX

Dr. Tomás Alfo
Neurocirugía
CREMEPE 2230

29/07/18

ACR

Existe si intercorren
enfrentos
ECC = 15

CD. Ag. LX



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

JANEANE B.S. ARAUJO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

41 ANOS ♀

PARECER CARDIOLOGIA TCE

F. MISO PL CARDIOPATIA NEGA
TIVAS.

HECIDA, DYNETICA, SI EDEMAS,
PULSES ⊕.

ROR, 2F. BNF S/SOPROS
RESP - MV ⊕ APPE.

ECG - 17 SINUSAL, 85 BPM, ST QRS ≈ 60°

CONC: RISO CARDIOLOGIA GRAU I

Handwritten signature

DR. J. ALMEIDA
CARDIOLOGIA
CRM-PE 10448

22/7 20

F. de

Shu

Portu

ecc: 15

Cd. ar

Handwritten signature

3117

25

Spec utend.

Ar @

Text F

J. C. C.

Dr. P. S. ...
...

02/02/01

Reduced ...

... you ...
of ...

... is ...
... of ...
logistics.

...

Dr. ...
...
ENR-26257

08-04



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO

Paciente

S. Lu

Enfermaria/Leito

Registro

Janciane Bezerra de

1640240

EVOLUÇÃO CLÍNICA

02/08/18 # Nite Operatória #
 Paciente com Diagnóstico de TRM
 Torção / Fratura de T5 / (Frankel E). Foi sub-
 metida à Artrodese Via Posterior Torção de
 T3 e T7 com intercorpóreas.
 CD: A SR
 VPM
 Analgesia / Vigilância Clínica
 Fazer RX de Coluna Torção AP e
 Perfil quando Alta para Enfermaria.

*Rita Mota
 Médica-Residente
 Neurocirurgia
 CRM 19.287-PE*

02/08/18 Paciente admitida em AOD de Artrodese por via
 (18:30h) de T3 - T7. Consciente e orientada, hipertensão (+/-
 4+), aquitética, hidratada; IMC (140). Refere dor em FO.
 Inicialmente em estado de consciência. Sit. 100% de ac-
 tividade; PA = 140x80 mmHg, Sinais em exame.

02/08/18 #SRPA#
 18:40 Paciente submetida à artrodese torácica sob
 anestesia geral, procedimento realizado sem interven-
 ções. Chega à SR consciente, orientada, eufórica em
 ambiente, queixando-se de dor em FO.
 cd: fazer analgesia
 Alta SR
 em enfermaria NCR

*Dra. Juliana Coelho
 Médica
 CRM-PE 26.771*

NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

PRONTUÁRIO: 1640240

SEXO: Feminina

DATA NASC: 16/08/1976

DATA/HORA: 03/08/2018 16:55

ATENDIMENTO: 998436

Leito 608-L4

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 03/08/2018

Hora: 16:47

#NOTA DE ADMISSÃO NCR

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

IDADE: 41 ANOS

REGISTRO: 1640240

ADMISSÃO HR: 11/07/18

ADMISSÃO SENE: 03/08/18

#ANAMNESE

- HDA: PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 33 DIAS. FOI TRAZIDA A ESTE SERVIÇO, REALIZOU TC DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HSAT E TC DE COLUNA TORACICA QUE EVIDENCIOU FRATURA T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4. MANTEVE SE EM ACOMPANHAMENTO CLINICO. NO DIA 02/08/18 FOI SUBMETIDO A ATRODESE VIA POSTERIOR DE T3 T4 T5 E T6 T6, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS. INTERNADA HOJE NESTA ENFERMARIA EUPNEICA EM AR AMBIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL.
- COMORBIDADES: NEGA
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA
- ALERGIAS: NEGA

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: BOM ESTADO GERAL; CONSCIENTE E ORIENTADA; EUPNEICA EM AR AMBIENTE; ACIANÓTICA; ANICTÉRICA; NORMOCORADA; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2 TEMPOS.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 15; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; PARES CRANIANOS BAIXOS SEM ALTERAÇÕES; MOTRICIDADE: FORÇA MUSCULAR GRAU 5 NOS 04 MEMBROS, GLOBAL E SEGMENTAR; SENSIBILIDADE: SEM ALTERAÇÕES E SEM NÍVEL SENSITIVO; REFLEXOS: NORMOATIVOS E SIMÉTRICOS GLOBALMENTE; SINAL DE HOFFMAN AUSENTE BILATERALMENTE; REFLEXO CUTÂNEO-PLANTAR INDIFERENTE; TÔNUS E TROFISMO SEM ALTERAÇÕES; REFERE CONTROLE DOS ESFINCTERES; LASEGUE NEGATIVO.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#EXAMES COMPLEMENTARES:

- EXAME (DATA):
- TC DE CRANIO (11/07/18): HSAT
- TC DE COLUNA TORACICA (11/07/18): FRATURA DE T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4

#HD:

- HSAT
- FRATURA DE T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4
- PO DE ATRODESE VIA POSTERIOR DE T3 T4 T5 E T6 T7 (02/08/18)

#CONDUTAS:

- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS
- SOLICITO RX DE COLUNA TORACICA PA E PERFIL

NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

PRONTUÁRIO: 1640240

SEXO: Feminino

DATA NASC: 16/08/1976

DATA/HORA: 04/08/2018 10:44

ATENDIMENTO: 998436

Leito 608-L4

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 04/08/2018

Hora:

#NOTA DE ADMISSÃO NCR

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

IDADE: 41 ANOS

REGISTRO: 1640240

ADMISSÃO HR: 11/07/18

ADMISSÃO SENE: 03/08/18

#ANAMNESE

- HDA: PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 33 DIAS. FOI TRAZIDA A ESTE SERVIÇO, REALIZOU TC DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HSAT E TC DE COLUNA TORACICA QUE EVIDENCIOU FRATURA T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4. MANTEVE SE EM ACOMPANHAMENTO CLINICO. NO DIA 02/08/18 FOI SUBMETIDO A ATRODESE VIA POSTERIOR DE T3 T4 T5 E T6 T6, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS. INTERNADA HOJE NESTA ENFERMARIA EUPNEICA EM AR AMBIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL.
- COMORBIDADES: NEGA
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA
- ALERGIAS: NEGA

EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE ESTAVEL, SEM QUEIXAS E SEM INTERCORRENCIAS. ACEITA BEM A DIETA. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: BOM ESTADO GERAL; CONSCIENTE E ORIENTADA; EUPNEICA EM AR AMBIENTE; ACIANÓTICA; ANICTÉRICA; NORMOCORADA; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2 TEMPOS.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 15; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; PARES CRANIANOS BAIXOS SEM ALTERAÇÕES; MOTRICIDADE: FORÇA MUSCULAR GRAU 5 NOS 04 MEMBROS, GLOBAL E SEGMENTAR; SENSIBILIDADE: SEM ALTERAÇÕES E SEM NÍVEL SENSITIVO; REFLEXOS: NORMOATIVOS E SIMÉTRICOS GLOBALMENTE; SINAL DE HOFFMAN AUSENTE BILATERALMENTE; REFLEXO CUTÂNEO-PLANTAR INDIFERENTE; TÔNUS E TROFISMO SEM ALTERAÇÕES; REFERE CONTROLE DOS ESFINCTERES; LASEGUE NEGATIVO.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAME (DATA):

- C DE CRANIO (11/07/18): HSAT
- TC DE COLUNA TORACICA (11/07/18): FRATURA DE T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4

#HD:

- HSAT
- FRATURA DE T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4
- PO DE ARTRODESE VIA POSTERIOR DE T3 T4 T5 E T6 T7 (02/08/18)

#CONDUTAS:

- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- AGUARDAR EXAMES LABORATORIAIS
- SOLICITO RX DE COLUNA TORACICA PA E PERFIL

Dr. João Batista Filho
Neurocirurgia
CRM-PE 28548

04-08-18

Márcia B. Mendonça
Enfermagem
CREN 287008



NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

PRONTUÁRIO: 1640240

SEXO: Feminino

DATA NASC: 16/08/1976

DATA/HORA: 06/08/2018 12:14

ATENDIMENTO: 998436

Leito 608-L4

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 06/08/2018

Hora:

#NOTA DE ADMISSÃO NCR

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

IDADE: 41 ANOS

REGISTRO: 1640240

ADMISSÃO HR: 11/07/18

ADMISSÃO SENE: 03/08/18

#ANAMNESE

- HDA: PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 33 DIAS. FOI TRAZIDA A ESTE SERVIÇO, REALIZOU TC DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HSAT E TC DE COLUNA TORACICA QUE EVIDENCIOU FRATURA T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4. MANTEVE SE EM COMPANHAMENTO CLINICO. NO DIA 02/08/18 FOI SUBMETIDO A ATRODESE VIA POSTERIOR DE T3 T4 T5 E T6 T6, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS. INTERNADA HOJE NESTA ENFERMARIA EUPNEICA EM AR AMBIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL.
- COMORBIDADES: NEGA
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA
- ALERGIAS: NEGA

EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE ESTAVEL, SEM QUEIXAS E SEM INTERCORRENCIAS. ACEITA BEM A DIETA. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. FO LIMPA E SECA.

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: BOM ESTADO GERAL; CONSCIENTE E ORIENTADA; EUPNEICA EM AR AMBIENTE; ACIANÓTICA; ANICTÉRICA; NORMOCORADA; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2 TEMPOS.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 15; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; PARES CRANIANOS BAIXOS SEM ALTERAÇÕES; MOTRICIDADE: FORÇA MUSCULAR GRAU 5 NOS 04 MEMBROS, GLOBAL E SEGMENTAR; SENSIBILIDADE: SEM ALTERAÇÕES E SEM NÍVEL SENSITIVO; REFLEXOS: NORMOATIVOS E SIMÉTRICOS GLOBALMENTE; SINAL DE HOFFMAN AUSENTE BILATERALMENTE; REFLEXO CUTÂNEO-PLANTAR INDIFERENTE; TÔNUS E TROFISMO SEM ALTERAÇÕES; REFERE CONTROLE DOS ESFINCTERES; LASEGUE NEGATIVO.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#EXAMES COMPLEMENTARES:

- EXAME (DATA):
TC DE CRANIO (11/07/18): HSAT
TC DE COLUNA TORACICA (11/07/18): FRATURA DE T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4

#HD:

- HSAT
- FRATURA DE T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4
- PO DE ARTRODESE VIA POSTERIOR DE T3 T4 T5 E T6 T7 (02/08/18)

#CONDUTAS:

- MOBILIZAÇÃO
- SOLICITO RX CONTROLE DE COLUNA TORACICA PA E PERFIL

02.08.18

[Handwritten signature]

Dr. Aurélio Batista
Neurocirurgia
CRM: 21297

PRÓTESE *Ortomédica*



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CONTAS MEI
TIPO CIRURG.

DATA: _____

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *Janciane Bezerra de Silva Alves* Nº do Registro : *1640240*

Clínica : *NCR* Nº do Leito : _____

Operador : *Dr. Neoclides Jr.*

1º Assistente : *Rita Mota* 2º Assistente : *Nelson André*

Instrumentador : *Lindacy* Anestesista : *Dra. Raquel Bezerra*

Anestesia : *General* Duração : _____

Data da Operação : *02/08/18* Início : _____ Fim : _____

Diagnóstico Pré-Operatório : *TRM Torácica (Fratura de T5) /*

Frankel E

Diagnóstico Pós-Operatório : *O Mesmo*

Operação Proposta : *Artrodese Voz Posterior de T3-T4, T5 e T6-T7*

Operação Realizada : *A Proposta*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO *Posicionamento em Decúbito Ventral em Apoio de 04 Pontas Lumbares de Pedículo de T5 com Radioscopia / Incisão de Pele e TCS de T4 e T7 / Dissociação de Musculatura Paravertebral Subparietal / Colocação de Parafusos Transpediculares Monaxiais em T3, T4, T6 e T7 - guiados com Radioscopia / Fixação de Hastas Modeladas com Bloqueios Bilateralmente + Confirmação com Radioscopia / Lavagem de Sít. Cirúrgico com SF9,5% + Gentamicina / Hemostasia + Colocação e Fixação de Dreno Subfascial / Síntese de Aponeurose, TCS e Pele / Curativos*

Rita Mota
Médica-Residente
Neurocirurgia
CRM 19.281-PE



FICHA DE ANESTESIA

Data

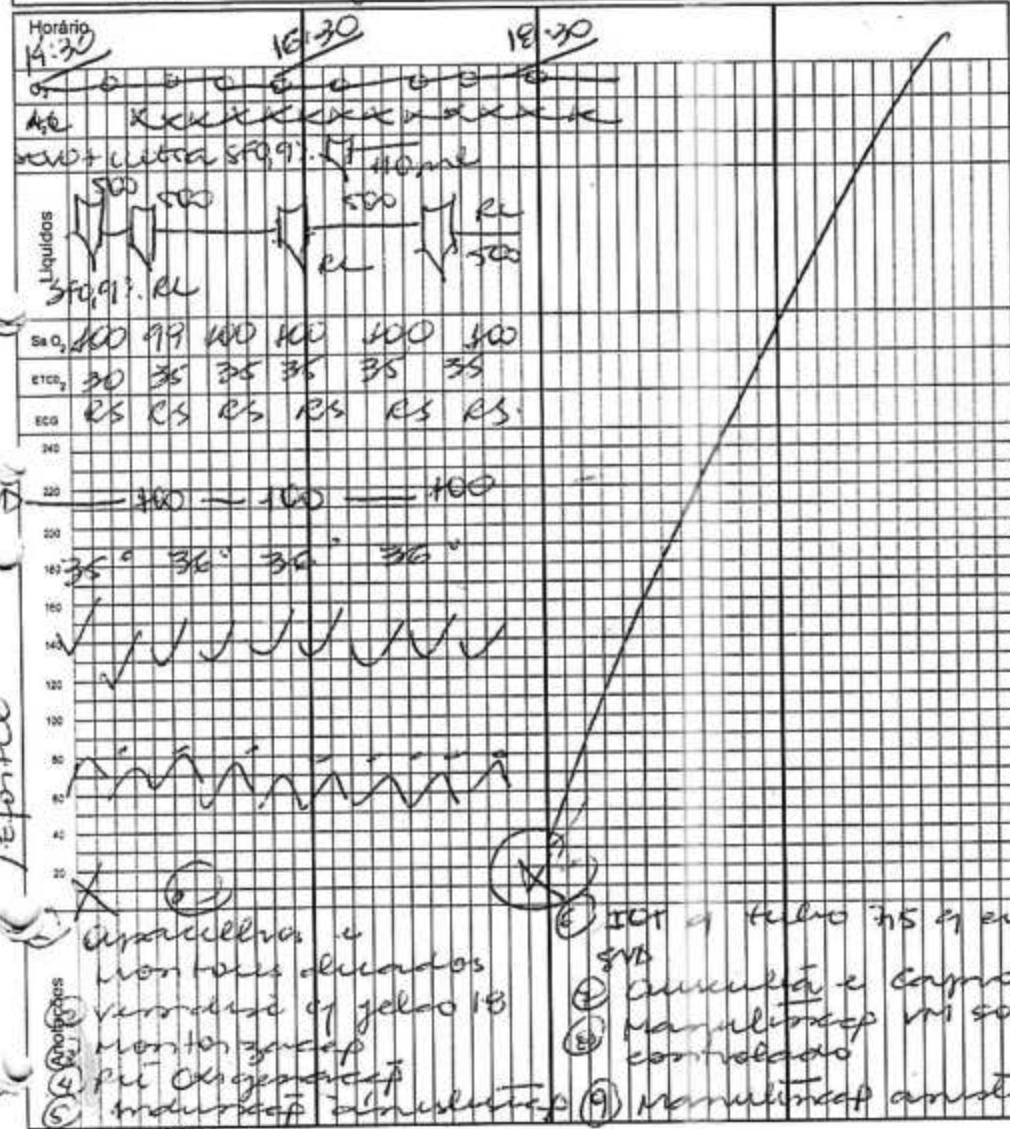
02/09/18

Paciente Janeirane Bezerra da Silva Alves Sexo F Cor Idade 41 Risco F

CRM 16885 Nome do Anestesiologista Suzanna Raquel Nome do Cirurgião Arvidy/Rita

Medicação Pré-anestésica RG 997671/1640240 Urgência Não Sim

Cirurgia Artrodise torácica V8 q instrumentação
trat. emergico de fratura de coluna torácica



Drogas Usadas	Quantidade
Apazolona	2g
Decadron	10mg
Intanil	350mg
Propofol	200mg
Rocuronio	50mg
Sufurame	30ml
Ultra	2mg
Naumidon	2mg
Nalgina	2g
Etopofes	400mg
Paral	400mg

Técnica Anestésica
 Geral Balanceada

- Monitorização**
- Cardioscópio
 - Oxímetro
 - PNI
 - Sonda Vesical
 - Capnógrafo
 - Elet. Pré-Cordial
 - Outros
- BIS
- Temperatura
 - Swan-Ganz
 - Analisador Gases
 - PVC
 - Estimulador de Nervo
 - Linha Arterial
 - Volemia IBP Plus
- SRPA
Externa

- Encaminhado**
- Acordado
 - Sonoento
 - Intubado
- Destino**
- SRPA
 - Apart. / Ent.
 - UTI
 - Externo

Intercorrência: Não Sim

Descrever: (10) Proteção ocular e
placa bilateralmente

Observações: (11) Decubitos dorsal com
rolê colares
(12) uso de manta térmica
na operação
(13) Aspiração
(14) Descaumização
(15) Externa

Assinatura do Anestesiologista:

Dr. Suzanna Raquel R. Bezerra
CRM: 16885
Médica Anestesiologista
COD. 0152

Drogas de emergência aspiradas

Paciente OK
sem outras patologias
sem alergias
Frankel E



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES
0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JONACIONE SOUSA DA SILVA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1640240

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
CT de coluna torácica + lombares

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
Lombraxia / compressão (SAGITAL)

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - Cód. PROCEDIMENTO | QTDE

16 - Cód. PROCEDIMENTO | QTDE

18 - Cód. PROCEDIMENTO | QTDE

20 - Cód. PROCEDIMENTO | QTDE

22 - Cód. PROCEDIMENTO | QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TRM 12 07 18

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

[Signature]

13 / 07 / 18

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

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

[Blank]

[Signature]

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

[Blank]

/ /

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

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

[Blank]

[Blank]



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Joselsonne Bezerra do Maranhão

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7640240

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TAC de Cirurgia sem Contraste

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE/TRM

12/07/18

Guada

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Ricardo

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/07/18

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

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

Ricardo

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1/1

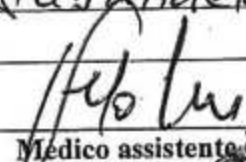
29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

Cod. 0421

HOSPITAL DE DESTINO:	HR		
SENHA DE REGULAÇÃO:	5966654		
MÉDICO REGULADOR:			
DATA DA RESERVA:	11/07/18	HORA DA RESERVA:	14h 4590 PE
Médico Assistente CRM			

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:	Hospital Regional Rui de Barros - VIª GERES		
UNIDADE DE DESTINO:			
MUNICÍPIO:			
NOME DO PACIENTE:	GENECIENE BEZERRA DA SILVA UFPA 31		
CPF	RG	DATA NASCIMENTO	SEXO
HISTÓRIA CLÍNICA			
Paciente vítima de capotamento há 10 dias			
e de fratura de fêmur no MMII			
Condução inicial:			
Exames realizados:			
Diagnóstico Principal:	Fratura de Ulna e Rádio no t3 t4 t5		
Outros Diagnósticos:	Hemorragia subaracnóide		
Motivo da Transferência:			
Data da transferência:	11/07/18		
		 Médico assistente CRM	
Dr. Antônio Francisco CRM - PB 7705 C.R.M. - PE 4580 GDF 072.025.014-15			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

02R17



Janeciane Beserra da Silva Alves
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.588.476 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/07/2013

NOME << JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES >>

FILIAÇÃO << ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA >>
<< MARIA BESERRA DA SILVA >>

NATURALIDADE BUIQUE - PE DATA DE NASCIMENTO 16/08/1976

DGC ORIGEM << 075119 01 55 2011 2 00003 024 0000610 82 BUIQUE-PE >>

CPF 027.423.564-10

ASSINATURA DO DIRETOR CARLOS LÉO
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-56 48.116 - 3122

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 027.423.564-10

Nome JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

Nascimento 16/08/1976

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
A079.7660.5D72.28E9

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:20:44 do dia 19/07/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

GOVERNO FEDERAL

BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

PROGRAMA

Bolsa Família

JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES
16286353764 02

SAC CAIXA - Reclamações, sugestões e elogios: 0800 726 0101

Ligue Grátis: 0800 707 2003

O portador deste cartão assume o compromisso de cumprir as obrigações do programa ou perderá o direito aos benefícios. Este cartão é pessoal. Em caso de perda ou roubo ligue 0800 726 0207.

FOME ZERO CAIXA Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

USO OBRIGATORIO
ENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei n.º 8.306/91)



SECRETARIA DE PENITENCIARIAS
CATEDRA
DIPLOMA



TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 14462755

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO



NOME
DJONATHAN ROCHA MOREIRA

FILIAÇÃO
JOSÉ ALTAMI MODESTO MOREIRA
VANIA MARIA ROCHA MOREIRA
MATRIZADO
JARDÃO DOS GUARARAPES-PE

INSCRIÇÃO
45833

DATA DE ABOLIMENTO
27/03/1987
CITY
072.135.894-23
VIN
EXPIRAÇÃO EM
01 07/12/2017

PE
8520780 - SCS/PE
UNIDADE DE CATEGORIA E TIPOLOGIA
NÃO



BONNIE FREIRE DUARTE
PRESIDENTE

U: Jade de Saúde: 898 0029 7672 4573

PACIENTE
 Nome: Janeclaine Brena da Silva Alves Categoria: SUS - 31
 Sexo: Feminina Idade: 26-03-76 Cor: Parda Estado Civil: Solteira
 Naturalidade: Recife - PE Profissão: Agente de Saúde
 Endereço: vila do carneiro
 R.G.: _____ CPF: 027-433-664-10 PIS/PASEP: _____
Antonio Ferreira da Silva e Maria Bezerra da Silva

RESPONSÁVEL
 Pessoa de quem depende: nenhuma Parentesco: filha
 Endereço: vila do carneiro Fone: 8117 2902
 R.G.: _____ CPF: _____ PIS/PASEP: _____
 Endereço: nenhuma Fone: _____

OCORRÊNCIA
 Local do Acidente: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____
 Natureza do Acidente:
 Casual Acid. do Trânsito Tentativa de Suicídio
 Queda Intoxicação Outras Causas
 Acid. do Trabalho Agressão

ATENÇÃO MÉDICA
 Atendimento: Clínico Cirúrgico
 História da doença atual: paciente vítima de esportamento
com dor intensa e colúmba torácica, e
nível de T4/T5, mantendo a decúbito
lado para receber TC.

EXAME FÍSICO
 Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____
Abd: Insuares e palpacos R.H.P.
AP: M.A. A.H.P.
Chargari 15.
Palpacos do Colúmba torácica, dor e nível de T4/T5.

Diagnóstico Provisório: Apatia de colúmba
TC.

Assinatura da Recepcionista

Carimbo e Assinatura do Médico - CREMEPE
 Dr. Recepcionista
 Médico-Cirurgião
 CREMEPE: 123456789

INSPEÇÃO

PALPAÇÃO

AUSCULTA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA:

TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR 04 DIAS.

- CURADO
- MELHORADO
- INALTERADO
- PIORADO
- ÓBITO

- ÓBITO EM _____
- HORA _____
- + 48 HORAS
- 48 HORAS

- MOTIVO:
- DECISÃO MÉDICA
- ALTA PEDIDA
- TRANSFERÊNCIA
- INDISCIPLINA

TRANSFERIDO PARA _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Infarcto de parede ventral

TRATAMENTO clínico + transfusão

DIAGNÓSTICO ANATOMO-PATOLÓGICO _____

DATA 11/10/71

José Ivan Vidal
Médico - CRM nº 5375

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
E CARIMBO OU NOME DO MÉDICO EM LETRA DE FORMA

**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Regional de Arcoverde - VIª DIRES
Evolução Clínica**

Unidade de Saúde: _____
 Nome do Paciente: FRANZIANE REZARA Registro Nº _____
 Clínica: _____ Leito Nº _____

Data	Hora	Evolução
		# Anamnese atualizada #
		Paciente consciente e orientada para pessoa, tempo e espaço
		em HTE
		Não apresenta medicações e imunizações.
		Desenvolveu sintomas de CT.
		Não há sintomas de febre, tosse e
		labirinto. Última avaliação de 14 dias de sintomas.
		Atualmente apresenta a mesma situação de sintomas.
		LOT-DIAGNÓSTICO / ANÁLISES INICIAIS
		ANÁLISES DE LABORATÓRIO
		Dr. Diego de Castro CRM 23384 U B JUL 2018
		08/07/18
		Paciente em tratamento com T.C. - evidenciando
		efeitos colaterais de natureza vestibular.
		Paciente está em tratamento com
		tratamento sintomático.
		Atualmente em tratamento com T.C. - com

J. Severina
SUS 206100
CRM PB 4
CREMERIA

SUS 206100
CRM PB 4
REPÚBLICA

10/7/18

From work

from doer

Madam Sir

B-Ref report

Centre, London

Oni-pulsi

find viti namit

Jose Ivan Vidal
Chancery
London
E15 3JF
020 3575 3575

11/7/18

Part of previous letter

clerk. from information

B-Ref report

find viti namit

Jose Ivan Vidal
Chancery
London
E15 3JF
020 3575 3575

is also

transfer of 10/11/18

of viti namit

Jose Ivan Vidal
Chancery
London
E15 3JF
020 3575 3575



EVOLUÇÃO CLÍNICA



Unidade de Saúde:

JANEVIANT

Nome do Paciente:

Registro Nº:

Clínica:

Leito:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
21/7/19		Interferência hospitalar por dor em coluna torácica.
03/7/19		<p>Dr. Romero Machado Médico Cirurgia Geral CRM: 22586 CREMÉRGE: 17637</p> <p>Pré TC espinal - sem lesões. B-1/4/19 durante visita</p>
04/07/19		<p>Dr. Antonio A Pte grave do o relpca) torácica</p> <p>CD: Soluto TC de coluna torácica</p>
05/07/19		<p>Dr. L. G. Mendonça Ortopedia Traumatologia Cirurgia do Ombro CRM: 18765-1 TEOT: 13833</p> <p>TC E Cerv "Trauma" de coluna torácica</p> <p>fratura com descolamento por um dos corpos vertebrais de nível da anular, nível: C6</p> <p>massa: despar: 15, por lesão isocílica, com déficit motor de 1º membro superior deficit de sensibilidade de</p> <p>CD: - Apraxia R - Ombro R paralisado</p>

Dr. José Milton Freire Filho
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
CRM: 19267

06-7-18

Frite abreviada 90a, 100a, 110a.

Glaxo

various names -

see file.

By permission

G. H. H. H.

hivida, anti-Fred, credit.

see records.



ot
-
ot
/ 16

Write PCB

• Franchise de Colun
Konoche

• Aguardante base

de te
Lonearte, Over base.

Notes apr de Colun

Wanted de Colun

conduto in a table

• KRM 0100 H

J Severiano de P. S. Silva
SUS 20679047367000 R
CRM FB 4732
CREMOP 2111

Q



FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 997671/2018

NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES.

Foi atendido às 16h00 do dia 11.07.2018.

Diagnóstico provável: TCE - HSAT
Fratura de T3 ITS e fratura explosiva de T4
Frankel E
(capotamento)

Tratamento realizado:
Artrodese de via posterior de T3-T4, T5, T6-T7
Exams complementares
Trat. de suporte clínico

Obs. Alta em 08.08.2018

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 07.10.19.

SES - Hospital da Restauração
Dr. Frankita Serra
Médico do SAME
CRM: 7874

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

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 164040 Admissão: 11/07/18
Nome: Jenifer Bezerra de Alencar
Foi atendido às _____ hs. do dia 07, 08, 2018

Diagnóstico Provável: _____

- (1) inm faciente / Rotinaux
(2) PO de artrodia T3/T4/T5/T6/T7
por UR (02/08/2018)
em T08/S06

Tratamento Realizado: Paciente recebeu alta em
nos procedimentos de fisioterapia, de deficiências
locomotoras.
#Orientações:

- (1) retornar ao ambulatório
de fisioterapia por 30 dias
Observação: (2) realizar testes no cic
16/08/18

Cópia de: (3) Histórico das atividades
laborativas por 90 (noventa) dias
Médico - CRM Nº _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

João Moreira
CRM: 24218
recipiente

(A9) (15)

Atendimento: 998436
Prontuário: 1640240
Paciente: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES
Nome Mãe: MARIA BESERRA DA SILVA
End: POVOADO DOS CARNEIROS
Bairro: CENTRO Cidade: BUIQUE
Nascimento: 16/08/1976
Localização: SALA LARANJA / GERAL
Leito: LEITO EXTRA 05 Serviço: NEUROCIRURGIA
Data e Hora Atendimento: 12/07/2018 01:00



Secretaria de Saúde do E
Hospital da Restauração
Ficha de Ate

Numero do Registro

997671 Data e Hor. 11/07/2018 16:00 Atendimento Manual: EMERGENCIA GERAL

Cod. Paciente: 1640240 Paciente: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES Sexo: FEMININO

Data de nascimento: 16/08/1976 Idade: 41a 10m 25d Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante:

DOC ID / Data expedição 5588476 / 23-Jul-13 Mãe: MARIA BESERRA DA SILVA Pai: ANTONIO FERREEIRA DA SILVA Cartão SUS: 700500775487856

Endereço: POVOADO DOS CARNEIROS Bairro: CENTRO UF: PE Número 1 Complemento: Telefone: 87-39 3249-1543

Observações:

Motivo do atendimento: ACIDENTE CAPOTAMENTO Procedência: HOSPITAL REGIONAL DE ARCOVERDE

Informações do Serviço Social: Informações de dados do sistema JANECIANE 12/07/18

Confirmação de nome: Fones: Assistente Social
Confirmação de endereço:
Providências: Alta [] Caso Social []
Encaminhamentos: Rede de Apoio [] GPCA [] Cons.Tutelar [] Delegacias [] Minist. Publico []
Outros []
Observação: Catarata DIC Notificado 12/07/18
Vigilância Epidemiológica Hospitalar VEH-HR/SES/NEBI

História Clínica:
Jameciana, 41, vítima de capotamento na 100, com TCE. Evoluiu com desorientação (por 1d), sem vômitos ou perda de consciência. A TC, mostrou HSA de tamanho diminuto, com tratamento conservador. Evoluiu com melhora do quadro neurológico e estabilização clínica. Apresenta, a TC de coluna, com fratura explosiva em T4, e comprometimento de T3 e T5; apresenta, também, dor torácica à movimentação.

Atendimento Médico
Perda de consciência: Sim [] Não [x] Episódio Emético: Sim [] Não [x] Acidente de Trabalho: Sim [] Não [x]
Acidente de Trânsito: Sim [] Não [x] Tipo: Capotamento Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim [] Não [x] Sofreu Queda: Sim [] Não [x] Altura: []
Condições de imobilização adequadas: Sim [] Não [] Por Quê?

Exame Físico:
A: Geral Via aérea está pérvia: Sim [] Não [x] O paciente fala: Sim [] Não [x] Temp: []

EGOs, consciente, orientada, corada, eufórica, hidratada

B: Respiratório MMV + sem AHT, A/R A SO2 99%
C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm

BNF em 2T, HCT 11.2 bpm

12 07 18
Buique

Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular: 4 Hora: _____ Glasgow: Resposta Verbal: 5 Hora: _____ Glasgow: Resposta Motora: 6 Hora: _____

Exposição/Abdômen:

Abd flácido, depressivo, indolor à palpação

Diagnóstico Inicial: ① Fratura de vértebras torácicas (T3-T5) Cod. Procedimento

Lesões 4 Expressões de T3 grande comprometimento de borda posterior) — 2+4+0

② HSA D pequenas dimensões Ass. Médico
 ③ Felitraguma na tosse
 ④ Catarata

CD: ① TC controle ③ Sol lab
 ② Índices curativos medidos (T3-T5)

Resolução de Enfermagem: Ass. Enfermagem

Finalização do Caso: Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta Condição de Alta:

Transferido para: _____ Nome completo legível: _____
 Autorização para Alta / Internamento / Transferência: _____ Assinatura: _____
 Médico: _____ CRM: _____ Data: 07/08/18 Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento: Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Termo de responsabilidade de alta a pedido: Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data e Hora Impressão: 11-Jul-18



Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

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

Reg. 1640240

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)

Nº 53665
1ª Via Fixa

Hospital: HR Convênio: SUS Cidade: Recife
Nome do Paciente: Juciane Bezerra das Silva Alves Data da Cirurgia: 02/08/18
Médico: Dr. Leocildes + Dr. Rita Membro Operado: TRM Tórax

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
1 haste		02	ex 296
Parafuso		08	
Bloqueadores		08	

Rita Mota
Médica-Residente
Neurocirurgia
CRM 19.281-PE

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				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Formo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

07/2018 15:51

Nome Paciente: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/08/1976
Sexo: Feminino
Idade: 41
Senha: PU0013
Convênio:
Atendimento:

11/07/2018 15:51 - JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO - COREN: 142475 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HA 10 DIAS EVOLUINDO COM DEFICITE DE FORÇA EM MMII

Observação:

SENHA 5466654

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Acolhido(a) por: JOANA PATRICIA MARTINS LEANDRO

Data: 11/07/2018 15:51



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Jameirone Bezerra

EVOLUÇÃO CLÍNICA

13/07/18 # NALA #

TCE - HSA
TRM torácico

Paciente estável; sem queixas atuais,
sem déficits
ECG=15 Bo Foto

CD = 1 - A aneurisma/Sineta
2 - Ag. Ax

Renata Montezano
Médica Residente
R. 12.123.456

09:00 # NALA 14/07/18

AD: HSA

TRM torácico
(Frankel - E)

continua estável,
sem intercorrências
ECG=15

Dr. Desiderio Alkim
Neurocirurgião
CREMERF 22290

CD: coleta no Jaws
Ag. Ax

COLETE
ENTREGUE

DATA: 14/07/18

Jenejian Lerouge.
15 107
Fe 1000
R. M. E.

Eschul
que se anhyse
C.C. 15, 0.00
Col: minto
di 62 100 kg

RECEBUE DE L'ÉTAT
2000
2000

16-07-18 Neurociencia
San intercomunicación
de ciencias,
corada, orientada
Frankel E.

17/07/13
de 10 500 /
anuncio

de 100

17/07/13

de 100 / 1000

Ende 1000, de 1000
de 1000

de 1000 / 1000

RECEBUE DE L'ÉTAT
2000
2000



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

18/7/18 # 1028 #
 90510 HD - TRM torçao.
 FX 95.

Paciente após estavel BEG
 COTE, eupneico e euforico com
 novos reflexos de intercostais
 ECG-15. Força preservada sem
 fadiga ok

Andréa Cristina Viana Silva
 Neuropediatria
 CREMERF 25.628

CD Ag 100 50 ande

19/7/18 # 1028 # 11:20
 HD - TRM torçao

Paciente após estavel
 Glasgow 15, sem novos deficits
 (0-ventil F2)

Andréa Cristina Viana Silva
 Neuropediatria

Bruno Brito
 enr: 13952



Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

36/11/13

UIC

16h - 17h

Revisão de

2 exames

48: (14)

Fluorecido dental

U: Ag. Cx

Ho - Sto Antão

U Box Amarelo

Dr. Alex Patrício Guillen
CRM 13952

26/05/13

#PCA#

12:00

HO: Tmz Sandozo

Revisão exame dental
fluorecido dental

Fluorecido dental

Bruno Lôbo
Neurocirurgia
CRM 13952

25/04/18

ACR

Torre

Paulo del
Z. Pedro
97-115

14. Ag. LX

Ad. Jo. Pedro Lobos



Dr. Alex Robinson
Neuroci.
C.R. 1.254.254.254
dps: 012.552.552

≠ Ach ≠

28/07/18

continua a avaliar,
as intercorrências
enfaticas, vs. HMO

EKG = 15

CD. Ag. LX

Dr. João Pedro
Neurocirurgia
CREMEPE 2230

29/07/18

ACR

Existe 1 intercorrência

enfaticas

EKG 15

CD. Ag. LX





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

JANEANE B.S. ARAUJO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

41 ANOS ♀

PARENCR CARDIOLOGIA TCE

F. MISO PL CARDIOLOGIA NEGA TIPOS.

LEUCIDA, DUX NEICA, SI EDEMAS, PULSES ⊕.

ROR, 2F. BNF S/SOPROS RESP - MV ⊕ APPE.

ECG - 17 SINUSAL, 85 BPM, ST QRS ≈ 60°

CONC: RISO CARDIOLOGIA GRAU I

Handwritten signature and stamp: DR. J. ALMEIDA CARDIOLOGIA CRM-PE 10448

22/7 20

F. adu

Shu

Portu

ecc: 15

Cd. arbor

Handwritten signature and stamp

3117

25

Spec utend.

Dr @

Text F

J. C. C.

Dr. P. S. ...
...
...

02/02/01

Reduced ...

... you ...
of ...

... is ...

... of ...
logistics.

...

Dr. ...
...
ENR-26257

08-04



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO

Paciente

S. Lu

Enfermaria/Leito

Registro

Janciane Bezerra de

1640240

EVOLUÇÃO CLÍNICA

02/08/18 # Nite Operatória #
 Paciente com Diagnóstico de TRM
 Torção / Fratura de T3 / (Frankel E). Foi sub-
 metida à Artrodese Via Posterior Torção de
 T3 e T7 com intercorpóreas.
 CD: A SR
 VPM
 Analgesia / Vigilância Clínica
 Fazer RX de Coluna Torção AP e
 Perfil quando Alta para Enfermaria.

*Rita Mota
 Médica-Residente
 Neurocirurgia
 CRM 19.287-PE*

02/08/18 Paciente admitida em AOD de Artrodese por via
 (18:30h) de T3 - T7. Consciente e orientada, hipertensiva (+/-
 4+), aquetêmica, hidratada; IMC (140). Refere dor em FO.
 Inicialmente houve efusão hemática. Sat. 100% de O2
 ambiente; Pa = 110 x 80 mmHg, Sinais em exame.

02/08/18 #SRPA#
 18:40 Paciente submetida à artrodese torácica sob
 anestesia geral, procedimento realizado sem intervenções.
 Chegou à SR consciente, orientada, eufórica em
 ambiente, queixando-se de dor em FO.
 cd: fazer analgesia
 Alta SR
 em enfermaria NCR

*Dra. Juliana Coelho
 Médica
 CRM-PE 26.771*

NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

PRONTUÁRIO: 1640240

SEXO: Feminina

DATA NASC: 16/08/1976

DATA/HORA: 03/08/2018 16:55

ATENDIMENTO: 998436

Leito 608-L4

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 03/08/2018

Hora: 16:47

#NOTA DE ADMISSÃO NCR

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

IDADE: 41 ANOS

REGISTRO: 1640240

ADMISSÃO HR: 11/07/18

ADMISSÃO SENE: 03/08/18

#ANAMNESE

- HDA: PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 33 DIAS. FOI TRAZIDA A ESTE SERVIÇO, REALIZOU TC DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HSAT E TC DE COLUNA TORACICA QUE EVIDENCIOU FRATURA T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4. MANTEVE SE EM ACOMPANHAMENTO CLINICO. NO DIA 02/08/18 FOI SUBMETIDO A ATRODESE VIA POSTERIOR DE T3 T4 T5 E T6 T6, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS. INTERNADA HOJE NESTA ENFERMARIA EUPNEICA EM AR AMBIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL.
- COMORBIDADES: NEGA
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA
- ALERGIAS: NEGA

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: BOM ESTADO GERAL; CONSCIENTE E ORIENTADA; EUPNEICA EM AR AMBIENTE; ACIANÓTICA; ANICTÉRICA; NORMOCORADA; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2 TEMPOS.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 15; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; PARES CRANIANOS BAIXOS SEM ALTERAÇÕES; MOTRICIDADE: FORÇA MUSCULAR GRAU 5 NOS 04 MEMBROS, GLOBAL E SEGMENTAR; SENSIBILIDADE: SEM ALTERAÇÕES E SEM NÍVEL SENSITIVO; REFLEXOS: NORMOATIVOS E SIMÉTRICOS GLOBALMENTE; SINAL DE HOFFMAN AUSENTE BILATERALMENTE; REFLEXO CUTÂNEO-PLANTAR INDIFERENTE; TÔNUS E TROFISMO SEM ALTERAÇÕES; REFERE CONTROLE DOS ESFINCTERES; LASEGUE NEGATIVO.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#EXAMES COMPLEMENTARES:

- EXAME (DATA):
- TC DE CRANIO (11/07/18): HSAT
- TC DE COLUNA TORACICA (11/07/18): FRATURA DE T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4

#HD:

- HSAT
- FRATURA DE T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4
- PO DE ATRODESE VIA POSTERIOR DE T3 T4 T5 E T6 T7 (02/08/18)

#CONDUTAS:

- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS
- SOLICITO RX DE COLUNA TORACICA PA E PERFIL

NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

PRONTUÁRIO: 1640240

SEXO: Feminino

DATA NASC: 16/08/1976

DATA/HORA: 04/08/2018 10:44

ATENDIMENTO: 998436

Leito 608-L4

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 04/08/2018

Hora:

#NOTA DE ADMISSÃO NCR

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

IDADE: 41 ANOS

REGISTRO: 1640240

ADMISSÃO HR: 11/07/18

ADMISSÃO SENEC: 03/08/18

#ANAMNESE

- HDA: PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 33 DIAS. FOI TRAZIDA A ESTE SERVIÇO, REALIZOU TC DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HSAT E TC DE COLUNA TORACICA QUE EVIDENCIOU FRATURA T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4. MANTEVE SE EM ACOMPANHAMENTO CLINICO. NO DIA 02/08/18 FOI SUBMETIDO A ATRODESE VIA POSTERIOR DE T3 T4 T5 E T6 T6, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS. INTERNADA HOJE NESTA ENFERMARIA EUPNEICA EM AR AMBIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL.
- COMORBIDADES: NEGA
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA
- ALERGIAS: NEGA

EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE ESTAVEL, SEM QUEIXAS E SEM INTERCORRENCIAS. ACEITA BEM A DIETA. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES.

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: BOM ESTADO GERAL; CONSCIENTE E ORIENTADA; EUPNEICA EM AR AMBIENTE; ACIANÓTICA; ANICTÉRICA; NORMOCORADA; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2 TEMPOS.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 15; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; PARES CRANIANOS BAIXOS SEM ALTERAÇÕES; MOTRICIDADE: FORÇA MUSCULAR GRAU 5 NOS 04 MEMBROS, GLOBAL E SEGMENTAR; SENSIBILIDADE: SEM ALTERAÇÕES E SEM NÍVEL SENSITIVO; REFLEXOS: NORMOATIVOS E SIMÉTRICOS GLOBALMENTE; SINAL DE HOFFMAN AUSENTE BILATERALMENTE; REFLEXO CUTÂNEO-PLANTAR INDIFERENTE; TÔNUS E TROFISMO SEM ALTERAÇÕES; REFERE CONTROLE DOS ESFINCTERES; LASEGUE NEGATIVO.
- EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#EXAMES COMPLEMENTARES:

EXAME (DATA):

- C DE CRANIO (11/07/18): HSAT
- TC DE COLUNA TORACICA (11/07/18): FRATURA DE T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4

#HD:

- HSAT
- FRATURA DE T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4
- PO DE ARTRODESE VIA POSTERIOR DE T3 T4 T5 E T6 T7 (02/08/18)

#CONDUTAS:

- VIGILANCIA NEUROLOGICA
- AGUARDAR EXAMES LABORATORIAIS
- SOLICITO RX DE COLUNA TORACICA PA E PERFIL

Dr. João Balista Filho
Neurocirurgia
CRM-PE 28548

04-08-18

Márcia B. Mendonça
Enfermagem
CREN 287008



NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

PRONTUÁRIO: 1640240

SEXO: Feminino

DATA NASC: 16/08/1976

DATA/HORA: 06/08/2018 12:14

ATENDIMENTO: 998436

Leito 608-L4

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 06/08/2018

Hora:

#NOTA DE ADMISSÃO NCR

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

IDADE: 41 ANOS

REGISTRO: 1640240

ADMISSÃO HR: 11/07/18

ADMISSÃO SENE: 03/08/18

#ANAMNESE

- HDA: PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 33 DIAS. FOI TRAZIDA A ESTE SERVIÇO, REALIZOU TC DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HSAT E TC DE COLUNA TORACICA QUE EVIDENCIOU FRATURA T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4. MANTEVE SE EM COMPANHAMENTO CLINICO. NO DIA 02/08/18 FOI SUBMETIDO A ATRODESE VIA POSTERIOR DE T3 T4 T5 E T6 T6, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS. INTERNADA HOJE NESTA ENFERMARIA EUPNEICA EM AR AMBIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL.
- COMORBIDADES: NEGA
- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA
- ALERGIAS: NEGA

EVOLUÇÃO: PACIENTE SEGUE ESTAVEL, SEM QUEIXAS E SEM INTERCORRENCIAS. ACEITA BEM A DIETA. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. FO LIMPA E SECA.

#EXAME FÍSICO:

- ECTOSCOPIA: BOM ESTADO GERAL; CONSCIENTE E ORIENTADA; EUPNEICA EM AR AMBIENTE; ACIANÓTICA; ANICTÉRICA; NORMOCORADA; AFEBRIL AO TOQUE.
- ACP: MV+ EM AMBOS HEMITÓRACES; BCNF E RÍTMICAS EM 2 TEMPOS.
- ABDOME: PLANO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO.
- EN: GLASGOW = 15; PIFR; MOE+; FACIAL SIMÉTRICO; PARES CRANIANOS BAIXOS SEM ALTERAÇÕES; MOTRICIDADE: FORÇA MUSCULAR GRAU 5 NOS 04 MEMBROS, GLOBAL E SEGMENTAR; SENSIBILIDADE: SEM ALTERAÇÕES E SEM NÍVEL SENSITIVO; REFLEXOS: NORMOATIVOS E SIMÉTRICOS GLOBALMENTE; SINAL DE HOFFMAN AUSENTE BILATERALMENTE; REFLEXO CUTÂNEO-PLANTAR INDIFERENTE; TÔNUS E TROFISMO SEM ALTERAÇÕES; REFERE CONTROLE DOS ESFINCTERES; LASEGUE NEGATIVO. EXTREMIDADES: SEM EDEMAS OU SINAIS DE TVP; PULSOS PALPÁVEIS E SIMÉTRICOS.

#EXAMES COMPLEMENTARES:

- EXAME (DATA):
TC DE CRANIO (11/07/18): HSAT
TC DE COLUNA TORACICA (11/07/18): FRATURA DE T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4

#HD:

- HSAT
- FRATURA DE T3 T5 E FRATURA EXPLOSIVA DE T4
- PO DE ARTRODESE VIA POSTERIOR DE T3 T4 T5 E T6 T7 (02/08/18)

#CONDUTAS:

- MOBILIZAÇÃO
- SOLICITO RX CONTROLE DE COLUNA TORACICA PA E PERFIL

02.08.18
Juliana
Dr. Aurélio Batista
Neurocirurgia
CRM: 21297

PRÓTESE *Ortomédica*



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



PERNAMBUCO

CONTAS MÊS
TIPO CIRURG.

DATA: _____

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *Janciane Bezerra de Silva Alves* Nº do Registro : *1640240*

Clínica : *NCR* Nº do Leito : _____

Operador : *Dr. Neoclides Jr.*

1º Assistente : *Rita Mota* 2º Assistente : *Nelson André*

Instrumentador : *Lindacy* Anestesista : *Dra. Raquel Bezerra*

Anestesia : *General* Duração : _____

Data da Operação : *02/08/18* Início : _____ Fim : _____

Diagnóstico Pré-Operatório : *TRM Torácica (Fratura de T5) /*

Frankele E

Diagnóstico Pós-Operatório : *O Mesmo*

Operação Proposta : *Artrodese V. Posterior de T3-T4, T5 e T6-T7*

Operação Realizada : *A Proposta*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO *Posicionamento em Decúbito Ventral em Apoio de 04 Pontas Lumbares de Pedículo de T5 com Radioscopia / Incisão de Pele e TCS de T4 e T7 / Dissociação de Musculatura Paravertebral Subparietal / Colocação de Parafusos Transpediculares Monaxiais em T3, T4, T6 e T7 - guiados com Radioscopia / Fixação de Hastas Modeladas com Bloqueios Bilateralmente + Confirmação com Radioscopia / Lavagem de Sít. Cirúrgico com SF9,5% + Gentamicina / Hemostasia + Colocação e Fixação de Dreno Subfascial / Síntese de Aponeurose, TCS e Pele / Curativos*

Rita Mota
Médica-Residente
Neurocirurgia
CRM 19.281-PE

COD. 03-12



FICHA DE ANESTESIA

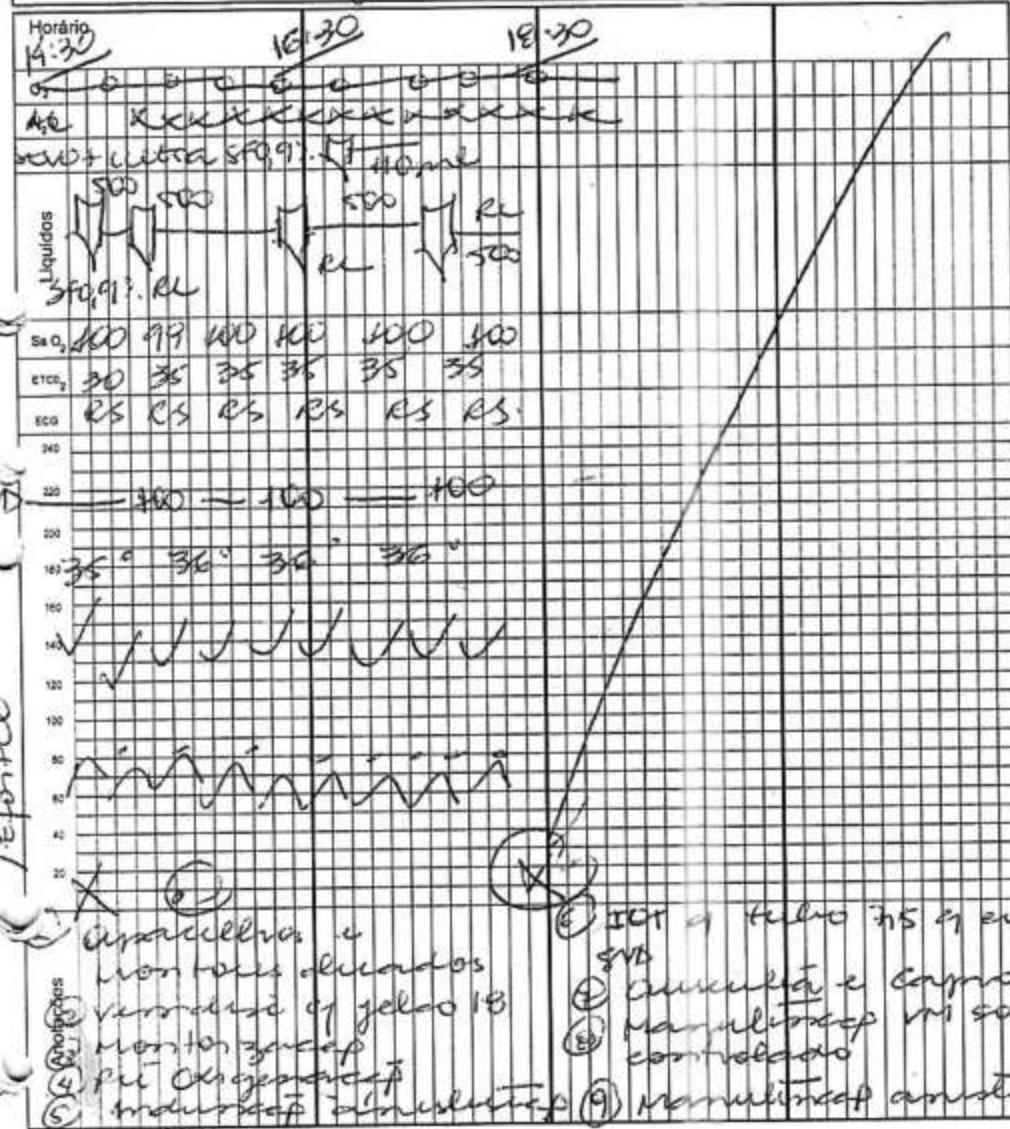
Data 02/09/18

Paciente Janeirane Bezerra da Silva Alves Sexo F Cor Idade 41 Risco F

CRM 16885 Nome do Anestesiista Suzanna Raquel Nome do Cirurgião Arvidy/Rita

Medicação Pré-anestésica RG 997671/1640240 Urgência Não Sim

Cirurgia Artrodise torácica V8 q instrumentação
trat. emergico de fratura de coluna torácica



Drogas Usadas	Quantidade
Apazolona	2g
Decadron	10mg
Intanil	350mg
Propofol	200mg
Rocuronio	50mg
Sufurame	30ml
ultra	2mg
Naumidon	2mg
naloga	2g
etopofes	400mg
tiaral	400mg

Técnica Anestésica
 Geral Balanceada

- Monitorização**
- Cardioscópio
 - Oxímetro
 - PNI
 - Sonda Vesical
 - Capnógrafo
 - Elet. Pré-Cordial
 - Outros
- Encaminhado**
- Acordado
 - Sonoento
 - Intubado
 - SRPA
 - Apart. / Ent.
 - UTI
 - Externo

Intercorrência: Não Sim

Descrever: (10) Proteção ocular e placas bilaterais

Observações: (11) Decubitos dorsal com sutiã
(12) uso de manta térmica
(13) Aspiração
(14) Descaumização
(15) Exatuação

paciente OK
nega outras patologias
nega alergias
Frankel 5

Assinatura do Anestesiista:

Dr. Suzanna Raquel R. Bezerra
CRM: 16885
Médica Anestesiologista
COD. 0152



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES
0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JONACIONE SOUSA DA SILVA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1640240

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
CT de coluna torácica + lombares

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
Lombraxia / coluna cervical / sagital.

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - Cód. Procedimento	QTDE
16 - Cód. Procedimento	QTDE
18 - Cód. Procedimento	QTDE
20 - Cód. Procedimento	QTDE
22 - Cód. Procedimento	QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TRM 12 07 18

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

Luiz Euripedes Coimbra
NEUROCIROURGIA
CRM-PE: 26.409

13 / 07 / 18

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

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

Luiz Euripedes Coimbra
NEUROCIROURGIA
CRM-PE: 26.409

Luiz Euripedes Coimbra
NEUROCIROURGIA
CRM-PE: 26.409

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 / 1

1 / 1

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

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

Luiz Euripedes Coimbra
NEUROCIROURGIA
CRM-PE: 26.409

Luiz Euripedes Coimbra
NEUROCIROURGIA
CRM-PE: 26.409



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES
0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Joselson Bezerra do Maranhão

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7640240

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
TAC de Urina sem contato

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE/TRM **12/07/18**
Guada

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Ricardo

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/07/18

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

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

Ricardo

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

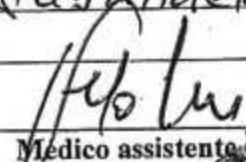
1/1

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

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

HOSPITAL DE DESTINO:	HR		
SENHA DE REGULAÇÃO:	5966654		
MÉDICO REGULADOR:			
DATA DA RESERVA:	11/07/18	HORA DA RESERVA:	14h 4590 PE
Médico Assistente CRM			

LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:	Hospital Regional Rui de Barros - VIª GERES		
UNIDADE DE DESTINO:			
MUNICÍPIO:			
NOME DO PACIENTE:	GENECIENE BEZERRA DA SILVA UFPA 31		
CPF	RG	DATA NASCIMENTO	SEXO
HISTÓRIA CLÍNICA			
Paciente vítima de capotamento há 10 dias			
e de fratura de fêmur no MMII			
Condução inicial:			
Exames realizados:			
Diagnóstico Principal:	Fratura de Ulna e Rádio no t3 t4 t5		
Outros Diagnósticos:	Hemorragia subaracnóideas		
Motivo da Transferência:			
Data da transferência:	11/07/18		
	 Médico assistente CRM		
	Dr. Antônio Francisco CRM - PB 1705 C.R.M. - PE 4580 GPF 072.025.014-15		

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190662354 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANECIANE BESERRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
ALVES **COMPANHIA DE SEGUROS**

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico com hemorragia subaracnoide. Traumatismo raquimedular com fratura explosiva de T4, fratura de T3/T5 (Frankel E).

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima com desorientação parcial no tempo e espaço. Amnésia anterógrada e retrógrada, não reconhece familiares. Acompanhante relata quadro depressivo pós trauma, com relatos de períodos de agitação psicomotora e surtos. Faz uso de Risperidona, sertralina, Carbonato de lítio, Fenegan e Zolpidem. Sem déficits em relação ao traumatismo raquimedular.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador neurológico e procedimento cirúrgico com artrodese em via posterior de T3/T4, T5, T6/T7. Evoluindo sem complicações com alta hospitalar em 08/08/2018.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190662354 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANECIANE BESERRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
ALVES **COMPANHIA DE SEGUROS**

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico com hemorragia subaracnoide. Traumatismo raquimedular com fratura explosiva de T4, fratura de T3/T5 (Frankel E).

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima com desorientação parcial no tempo e espaço. Amnésia anterógrada e retrógrada, não reconhece familiares. Acompanhante relata quadro depressivo pós trauma, com relatos de períodos de agitação psicomotora e surtos. Faz uso de Risperidona, sertralina, Carbonato de lítio, Fenegan e Zolpidem. Sem déficits em relação ao traumatismo raquimedular.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador neurológico e procedimento cirúrgico com artrodese em via posterior de T3/T4, T5, T6/T7. Evoluindo sem complicações com alta hospitalar em 08/08/2018.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190662354 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANECIANE BESERRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
ALVES **COMPANHIA DE SEGUROS**

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO - HEMATOMA SUBDURAL AGUDO TRAUMÁTICO
FRATURA EM COLUNA TORÁCICA (T3, T4 E T5) - TRAUMA RAQUIMEDULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - ARTRODESE DA COLUNA TORÁCICA (T3-T4; T5; T6-T7)
P7,8,10,13,24

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES, brasileira, solteira, agricultora, portador (a) da carteira de identidade nº 5.588.476 SDS/PE e do CPF nº 027.423.564-10, residente e domiciliada na Rua Amélia Cavalcante, nº 21, Centro, CEP: 56.520-000, Buíque-PE.

OUTORGADOS: DJONATHAN ROCHA MOREIRA, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 45.833, e **MARCO ANTONIO DE BARROS ALVES**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/PE sob nº 45.695, todos com escritório profissional na Rua Dr. João Hieceno Alves Maciel, nº 55, Centro da Cidade de Buíque – PE.

PODERES:

Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** confere ao **OUTORGADOS** plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância Tribunal ou órgãos administrativos, inclusive Junto à SEGURADORA LIDER para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, conferindo-lhes, ainda, os **PODERES ESPECIAIS** para assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Buíque - PE, 12 de novembro de 2019.

Janeциane Beserra da Silva Alves.

JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

CARTÓRIO
ÚNICO DA COMARCA DE
BUÍQUE - PE

Travessa Francisco Neves, 175 - Centro - Fone: (37) 3555-114
Rua Somenzi Gadelha - Tabelião Oficial

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
(1) JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES
Esc. fe. Buíque, 12/11/2019
Em Testemunho _____ da verdade.
HIAGO MARQUES DE OLIVEIRA MELO - TABELIÃO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419934/19

Vítima: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

CPF: 027.423.564-10

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/07/2018

Titular do CPF: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DJONATHAN ROCHA MOREIRA : 072.135.894-23

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

JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES : 027.423.564-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019
Nome: DJONATHAN ROCHA MOREIRA
CPF: 072.135.894-23

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: Geane Carla Farias Bezerra
CPF: 741.708.214-91

DJONATHAN ROCHA MOREIRA

Geane Carla Farias Bezerra

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190662354**

Nome do(a) Examinado(a): **JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA AMELIA CAVALCANTE, 21 - Buíque - PE - CEP 56520-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds /PE**] **5588476**

Data e local do acidente: [**01/07/2018**] **Arcoverde**

Data e local do exame: [**05/12/2019**] **Garanhuns** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Traumatismo crânio encefálico com hemorragia subaracnoide. Traumatismo raquimedular com fratura explosiva de T4, fratura de T3/T5 (Frankel E).

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima com desorientação parcial no tempo e espaço. Amnésia anterógrada e retrógrada, não reconhece familiares. Acompanhante relata quadro depressivo pós trauma, com relatos de períodos de agitação psicomotora e surtos. Faz uso de Risperidona, sertralina, Carbonato de lítio, Fenegan e Zolpidem. Sem déficits em relação ao traumatismo raquimedular.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento conservador neurológico e procedimento cirúrgico com artrodese em via posterior de T3/T4, T5, T6/T7. Evoluindo sem complicações com alta hospitalar em 08/08/2018.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano neurológico

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

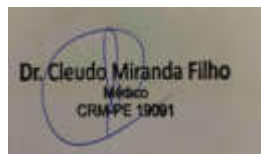
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Cleudo Miranda Filho - CRM: 19091 - PE

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190662354

Vítima: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DJONATHAN ROCHA MOREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190662354

Vítima: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DJONATHAN ROCHA MOREIRA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190662354

Vítima: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 01/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DJONATHAN ROCHA MOREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: **JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES**

Valor: **R\$ 6.750,00**

Banco: **237**

Agência: **000002592-5**

Conta: **000001003011-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 027.423.564-10 Nome completo da vítima: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

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

Nome completo: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES CPF: 027.423.564-10
 Profissão: RECUSO-ME Endereço: RUA AMELIA CAVALCANTE Número: 21 Complemento: CASA
 Bairro: CENTRO Cidade: BUIQUE Estado: PE CEP: 56.520-000
 E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 2592 CONTA: 4003011 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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. 1º, § 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.

MORTE

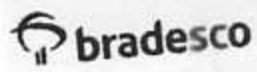
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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.

Local e Data: RECIFE, 22 DE NOVENBRO DE 2019 TESTEMUNHAS
 Nome: _____ 1ª | Nome: _____
 CPF: _____ CPF: _____
 _____ Assinatura
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO 2ª | Nome: _____
Janeciane Beserra da Silva Alves CPF: _____
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____ Assinatura
 _____ Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver)

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



BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA POUANCA

JANEZIANE BESEIRA DA SILVA
AGENCIA 2592 CONTA 1003011-0

DISPONIVEL

TERM.059616

12:34 HRS
30/OUT/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER2 - 19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - ARCOVERDE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0050000672

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/07/2018** às **23:51**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **1/7/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BUIQUE, 1, PE 270** - Bairro: **CENTRO** -
BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **SERRA DO SALOBRO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RONALDO BEZERRA DE LIMA (AUTOR \ AGENTE)
JANECIANE BEZERRA DA SILVA (VÍTIMA)
A.N. (Menor de Idade) (VÍTIMA)
R.V.D.S. (Menor de Idade) (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **A.N. (Menor de Idade)**
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **R.V.D.S. (Menor de Idade)**
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **JANECIANE BEZERRA DA SILVA**
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **RONALDO BEZERRA DE LIMA**

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

RONALDO BEZERRA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GUADALUPE LOPES DE LIMA**
Pai: **JOSEBEZERRA DE LIMA** Data de Nascimento: **17/11/1978** Naturalidade: **ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUIQUE, 10, SÍTIO CARNEIRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL, ZONA RURAL**

JANECIANE BEZERRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA BEZERRA DA SILVA**
Pai: **ANTONIO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **16/01/1976** Naturalidade: **PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUIQUE, 1, SÍTIO CARNEIRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL, ZONA RURAL**

A.N. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JANECIANE BEZERRA DA SILVA** Pai: **ALUIZIO JOSE ALVES** Data de Nascimento: **23/3/2012** Naturalidade: **ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUIQUE, 1, SÍTIO CARNEIRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL, ZONA RURAL**

R.V.D.S. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **JANECIANE BEZERRA DA SILVA** Pai: **ALUIZIO JOSE ALVES** Data de Nascimento: **31/1/2009** Naturalidade: **BUIQUE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUIQUE, 1, SÍTIO CARNEIRO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUIQUE/PERNAMBUCO/BRASIL, ZONA RURAL**

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

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RONALDO BEZERRA DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO NETO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não** Número de Série: **98d15822ab6504204**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **EPW2426** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **98D15822AB6504204**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/NÃO INFORMADO**

Complemento / Observação

DE ACORDO COM O BO PM M-9872478, A EQUIPE AO FAZER O DESLOCAMENTO PARA O LOCAL DO ACIDENTE CONSTATOU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, TIPO CAPOTAMENTO, ENVOLVENDO UM CARRO FIAT UNO MILE ECONOMY, COR PRATA, PLACA EPW 2426, ANO 2010, CHASSI 98D15822AB6504204, DIRIGIDO POR RONALDO BEZERRA DE LIMA QUE DE ACORDO COM O MÉDICO DE PLANTÃO SOFREU UMA FORTE PANCADA NO TORAX. ESTAVAM NO VEÍCULO TAMBÉM, JACENEIDE BEZERRA DA SILVA, QUE SOFREU UM CORTE PROFUNDO NA CABEÇA, ANTONIO NETO E RITHYA VITORIA BEZERRA DOS SANTOS, QUE SOFRERAM APENAS ESCORIAÇÕES. TODOS OS FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL LOCAL, SENDO MEDICADOS.

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

B.O. registrado por: **NAIRLA BEZERRA RODRIGUES DO AMARAL** - Matrícula: **3871657**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 027.423.564-10 Nome completo da vítima: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

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

Nome completo: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES CPF: 027.423.564-10
 Profissão: RECUSO-ME Endereço: RUA AMELIA CAVALCANTE Número: 21 Complemento: CASA
 Bairro: CENTRO Cidade: BUIQUE Estado: PE CEP: 56.520-000
 E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 2592 CONTA: 4003011 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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. 1º, § 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.

MORTE

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.

Local e Data: <u>RECIFE, 22 DE NOVENBRRO DE 2019</u> Nome: _____ CPF: _____ _____ _____ _____ _____	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ _____ Assinatura
	(*). Assinatura de quem assina A ROGO <u>Janeciane Beserra da Silva Alves</u> 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.**



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

COInter/2 - 9º Grupamento de Bombeiros

Arcoverde - PE, 18 de junho de 2019.


EDUARDO A. DE AZEVEDO NETO
Maj/QBC - Comandante Interino/9ºGB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 020/19 - 1ªSB/9ºGB

O Comandante do 9º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco, por solicitação da Sra. Janeciane Beserra da Silva Alves, RG nº 5.588.476-SDS/PE, CPF nº 027.423.564-10, residente e domiciliada à Rua travessa João Modesto Cavalcante, nº21, Centro, Buíque - PE, Certifica que, de acordo com a Ordem de Serviço Operacional nº 8307, foi deslocada a viatura AR 825, da 1ªSB/9ºGB (Arcoverde), às 20h 57min, do dia 01 de julho de 2018, para atender a uma ocorrência de Acidente de trânsito "capotamento" (APH). O fato ocorreu na PE 270, Buíque-PE, envolvendo o veículo marca Fiat, modelo UNO MILLE, cor prata, Placa EPW-2426/SP, vitimando a Sra. Janeciane Beserra da Silva Alves, RG nº 5.588.476-SDS/PE, CPF nº 027.423.564-10, residente e domiciliada à Rua travessa João Modesto Cavalcante, nº21, Centro, Buíque - PE, que apresentava escoriações nos membros inferiores e ferimento no crânio.

Logo após as avaliações e primeiros socorros, a vítima foi conduzida ao Hospital Regional de Arcoverde, ficando aos cuidados da equipe médica de plantão, tendo como enfermeira a Sra. Fabrícia Thiarã, COREN: 384.831.

A presente certidão segue assinada por mim, que a digitei, e revisada pelo Comandante do 9º grupamento de Bombeiros (9ºGB). 3ºSgt BM Mat. 704.013-0 Roberto Soriano REIS - Auxiliar da DOp, Roberto Soriano Reis.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANECIANE BESERRA DA SILVA ALVES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02592-5

CONTA: 000001003011-0

Nr. Autenticação

BRADESCO1812201905000000000023702592000001003011675000 PAGO



Sociedade de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia de Energia Elétrica do Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Rua Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
 CNPJ 10.856.932/0001-01 | Ins. Est. 0035943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
CLÓTILDES MARIA DIAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA AMÉLIA CAVALCANTE 21

CPF 946.593.204-30

CENTRO/BUIQUE
 BUIQUE PE
 56520-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO 7018078931 MÊS/MO 02/2019
 DATA DE VENCIMENTO 21/02/2019 DATA PREVISTA PRÓXIMA LETURA 18/03/2019
 TOTAL A PAGAR (R\$) 49,08

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE ÚNICA	EMISSÃO
050740077	ÚNICA	14/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
14/02/2018	2001575368	483921

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo(MWh)	62,0000000	0,73478953	45,55
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,25
ICMS Subvers. 3o-COE-NF 043194443-49/12/18			0,28
TOTAL DA FATURA			49,08

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MWh)
218891042	CA1	16-01-2019	294,00	14-02-2019	346,00	29	1,50000		62,00

MEMÓRIA DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
FEV 19	62	BASE DE CÁLCULO	25,00	ICMS	45,55	4,70%	Geração de Energia	R\$ 14,48	29,74%
JAN 19	50	PS	45,55	0,71	0,30	6,32%	Transmissão	R\$ 2,14	4,70%
DEZ 18	51	COFINS	45,55	3,21	1,50	3,08%	Distribuição (D)	R\$ 10,02	20,00%
NOV 18	73						Potencia de Energia	R\$ 3,15	6,32%
OUT 18	63						Encargos Setoriais	R\$ 2,58	5,26%
SET 18	30						Tributos	R\$ 13,30	27,08%
AGO 18	30						Total	R\$ 48,86	98%
JUL 18	30						Consumo Abvo(MWh)		0,32130000
JUN 18	30						TARIFAS APLICADAS		
MAI 18	30								
ABR 18	30								
MAR 18	30								
FEV 18	30								

EB48 SEAT # 007 REDE DO97 R0BE B961 BC51

Por favor, não pague a conta de energia antes do vencimento. O prazo de pagamento é de 10 dias após a data de vencimento. A multa por atraso é de 0,2% ao dia sobre o valor devido. O cliente é responsável por manter o medidor em boas condições de funcionamento. Em caso de suspensão de fornecimento, o cliente deverá pagar a taxa de reativação. O cliente é responsável por manter o medidor em boas condições de funcionamento. Em caso de suspensão de fornecimento, o cliente deverá pagar a taxa de reativação.