

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246864/19

Vítima: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOT

CPF: 834.577.474-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/04/2019

Titular do CPF: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA : 834.577.474-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 22/07/2019

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
CPF: 834.577.474-15

Data do cadastramento: 22/07/2019

Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Steffany Caroliny Lins Veloso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439557 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDA JORDANIA FERREIRA **Data do acidente:** 18/04/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA
PATRIOTA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA E MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 14/20/21_CIRURGIA

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

NCR
et 0301060009
712000000000000

TRANSFERIDO
H.M. de Abogado
1964.11.11. 10

10

**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração**

Ficha de Atendimento

Número do Registro

ETIQUETA

202010099

1700630029

1415480		Data e Hora de Atendimento 18/04/2019 23:42	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Cod. Paciente: 1675057 Paciente: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA Data de nascimento: 05/08/1975 Idade: 43a 8m 13d Sexo: FEMININO			
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: DAYANE CARNEIRO BRANDA			
DOC ID / Data expedição /	Mãe: IRACY FERREIRA DA SILVA Pai: EDUARDO LYRA PATRIOTA	Cartão SUS:	
Endereço: RUA FRANCISCO RABELO Bairro: ARRUDA Cidade: RECIFE		Número: 85 Complemento:	UF: PE Telefone: 9167443666 a tronx (liver (moxa))
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)			
Procedência: OUTRO HOSPITAL			
Informações do Serviço Social: 19104119 - Priorite com urgencia			
Confirmação de nome:		Fones:	
Confirmação de endereço:		Assistente Social:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		Assistente Social: 19001200	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tuteular <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Pùblico <input type="checkbox"/>		Assistente Social: 19001200	
Outros <input type="checkbox"/>		Assistente Social: 19001200	
Observação:			
História Clínica:			

Historical Overview

paciente vítima de atropelamento por moto, trazida pelos
bombeiros com relato de perda de consciência e ingestão
alcoólica. Apresenta dor importante e desordem de visão colérica
em ferma ①. Chega seu protocolo de fermeira.

Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Único: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	UF: 017-494/0001-43
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: <input type="checkbox"/>	Transporte realizado Pelo:	UF: 017-494/0001-43
Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Soltou Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:	UF: 017-494/0001-43
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por Que?	UF: 017-494/0001-43
Exame Físico: A. Geral: Vias aéreas estão patentes: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tensão arterial: <i>Reflexos de dor, corada, hiperatada, eupnica.</i>			
B. Respiratório: R: 16 U / min. S: 84 / min. C: 100% / min. T: 36.5°C / min.			
C. Circulatório: PA: 100 mm Hg. F: 110 bpm. C: 100% / min.			
RCR: 21 BNP: 516 ng/L. ECG: Normal.			

D. Exame Neurológico	Deficiência Motora: <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input checked="" type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas	
Glasgow: Alerteira ouler Escala: Nota:	Glasgow: Resposta Verbal: Escala: Nota:	Glasgow: Resposta Motora: Escala: Nota:

ECG: 15

E. Exposição/Abdômen:

Semicoberto, flácido, indolor à palpação, sem irritação peritoneal.
Pele estável, dolorosa à palpação.

Diagnóstico Inicial:

Cod. Procedimento

Conduta:

1. Avaliação inicial
2. Solicitud TAC de crânio e cervical
3. Solicitud RX de punho e tornozelo direito
4. UMA de gástricorregião geral
5. Avaliação de ~~neurologia~~ e da ortopedia

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDAS
12.11.7.9

Rua da Aurora, 10175-50902-010
Tel. 3202-0000
Fax: 3202-0000

Evolução de Enfermagem:

Aas. Enfermagem

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

Curado
 Inalterado
 Óbito

Melhorado
 Piorado

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste hospital, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora impressão: 18-Apr-19

13/04/2019
1.571
LIVRE

Assento: Náthalia S. M. M. S.
Médico CRM: 10229

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDAS
12.11.7.9

Rua da Aurora, 10175-50902-010
Tel. 3202-0000
Fax: 3202-0000

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDAS
12.11.7.9

Rua da Aurora, 10175-50902-010
Tel. 3202-0000
Fax: 3202-0000

13/04/19 Transm. 7-03

01-05/04/19, para R.
01 Transm. de 01/04/19 para R.
01 Telefone 021 5000 0000
Dr. ~~Stanley~~ ^{Family} Napoléon
MÉXICO
0000-0000-0000

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22/11/74

Rua da Aurora, 1115, 2.507 B/C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
05.802.494/0001-4

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18.11.74

Rua da Aurora, 1115, 2.507 B/C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
05.802.494/0001-4

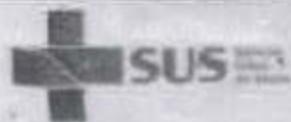
05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20.11.74

Rua da Aurora, 1115, 2.507 B/C
Bela Vista - CEP: 50.060-010
05.802.494/0001-4

Registro de Enfermagem

100



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 <i>Edna de Oliveira Ferreira</i>	6 - N° DO PRONTUÁRIO
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 (5) ESPECIAL (5)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TC de manu</i>	14 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TC de manu</i>	16 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	18 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	20 - CÓD. PROCEDIMENTO <i>05.802.494/0001</i> <i>TRABALHO CORRETORA</i>	QTDE
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	22 - CÓD. PROCEDIMENTO <i>DE SEGURANÇA</i>	QTDE

JUSTIFICAÇÃO DA IRREDUTIVISMO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 05.802.494/0001-47 TRACAJ CONCEITRA SEGUROS LTDA	PROFISSIONAL SOLICITANTE	24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 19.06.19
25 - NÚMERO (Caso CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 19.111.111-111 IR 776-41.902-000	26 - ASSINATURA E CARIMBO NO PREGO REGISTRO E CONSELHO  	

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	05.802-494/0001-01 TRACAO CORRETORA TRADING LTDA	28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
29 - Nº DOCUMENTO (CNH / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	30 - ASSINATURA E DAVINCI (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)	

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação do Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 18/04/2019 23:33

Nome Paciente:	EDUARDA JOSRDANIA FERREIRA PATRIOTA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	05/08/1975
Sexo:	Feminino
Idade:	43
Senha:	U0048
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Periodo: 18/04/2019 23:36 - 18/04/2019 23:35

ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA CERCA DE 40 MIT APRESENTOU PERDA DE CONSCIENCIA E APRESENTA FRATURA EM MID REFERE DOR NO LOCAL

Medicamento(s): SEM SENHA

Fluxograma-sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 6

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
22 11 710

Itaú Autura, At 125 N 502 Bl. C
Sala 1603 - CEP 00660-000
07/04/19

19/04/19

APENAS #

02:00

1) Dolor dorsal
2) TCE vent

paciente consciente estabilizado, em coma, esc 15, paciente
não consegue enxergar os braços

te de doroso e coluna encolh. Sem lesões neurológicas
apólices

CD: Atte da Neurocirurgia
Bueno, Dr. **05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
22 11 710**

19/04/19 07:56 até parte

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 11 710

Itaú Autura, At 125 N 502 Bl. C
Sala 1603 - CEP 00660-000
07/04/19

Tratamento: ens. maria cl. b1 em
angela D fer 16 D + exar.

ca. 81 R

Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 18/04/2019 23:35

Paciente: _____

Data: 19/04/2019

Enfermagem: _____

Leito: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow

Abertura Olhos

- Espontânea (4 pts.) **X**
- Ao comando verbal (3 pts.)
- Ativa (2 pts.)
- Sem resposta (1 pts.)

Resposta Voz

- Orientado / Conversando (5 pts.) **X**
- Desorientado / Conversando (4 pts.)
- Palavras incoerentes (3 pts.)
- Síntese incompreensíveis (2 pts.)
- Sem resposta (1 pts.)

Resposta Mão

- Orientado (5 pts.) **X**
- Localiza dor (5 pts.)
- Pode - si localiz. (4 pts.)
- Flexão anormal (descod. 10 pts.)
- Extensão / descoord. (1-2 pts.)
- Sem resposta (1 pts.)

 Total: **15** pontos

 TIR: Sim **X**

 A - Perda motora e sensitiva completa
 C - Motricidade funcional presente

 Sintomas Neurológicos: **X**

 Viscerais: **X**

Medicamentos: _____

Data: _____

 Zero

 Via Dorsal

 TNG

 SNG

 SNG

 Gastrorretal

 Gástrico

 Álcool

 Eliminações intestinais: **X**

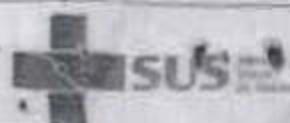
 Dureza: **X**
 Desordens

 Desordens

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Hospital da Restauração

PREScrições de ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO



**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

Enfermeiro Jardim Ferreira

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

1415480

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDERECO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de transplante de rins

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

05.802.494/0001-4

TRACAO CORRETIVA
DE SEGURANCA LTDA

20/11/79

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Stanley Napoléon

MÉDICO

CRM-PI 7472

12

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/10/19

25 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

05.802.494/0001-4

26 - ASSINATURA E CARMÍO (N.º DO REGISTRO E CONSELHO)

Dr. Stanley Napoléon

MÉDICO

CRM-PI 7472

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

17/11/79

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARMÍO (N.º DO REGISTRO E CONSELHO)



Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO:

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDENTIFICADO (A).

NOME: Eduarda Jordania Ferreira Patuota

REGISTRO: 766994 DATA DE NASCIMENTO: 05/08/1975

RG: 4.641.524 ORGÃO EMISSOR:

ENDERECO: Rua Francisco Rabillo - Agua
Fria nº 85 - Recife - PE

NOME DA MÃE: Inaci Ferreira da Silva

DATA ADMISSÃO: 24/04/2019 DATA ALTA: 25/04/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 24/04/2019 CID: 5821

DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade
Proximal da Tibia.

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de
Fratura do planalto tibial +
Exploração Articular.

MÉDICO: Carlos Lândido

CREMEPE: 18336

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12/11/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/PE

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 05 DE Junho DE 2019.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18/11/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Av. Gen. Manoel Rabelo • QDE-PE Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (81) 3482.9888 • www.hmpe.com.br

Dr. Carlos Carvalho Filho
Ortopedista-Ortopedista Especialista
CRM-PE 6540 • CRIT 11125

MÉDICO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20/11/2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/PE

Sumário de Admissão e Alta

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Prontuário: 766994

Atendimento: 211896

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 13 - LEITO 04

Diagnóstico Inicial (Constante no LaudoMédico): FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

CID: 5821

Procedimento Solicitado: 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado:

0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

+0408060123 - Explante articular

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO
 02. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUTZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
 03. 2. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA
 04. 3. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA
 05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA
 07. Clínico:
 08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- Mudança de Procedimento
 Diária de UTI
 Diária de Acompanhante
 Vacina Anti - Rh

- Uso de Prótese Ortese
 Uso de Fatores de Coagulação
 Uso de Oxigenadores
 Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde - PE
 GOS - Gerência do Controle e Planejamento
 Médica Autorizada/SUS - CRM: 8923
 CPF: 298.725.884-49

Resumo do Caso: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM FX DE PLANALTO TIBIAL DIREITO.
 SUBMETIDA A CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS.

05.802.494/0001-4
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

22 III 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Diagnóstico Principal: 5821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍbia

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 24/04/2019

Data da Alta: 25/04/19

Dias de Hospitalização:

dia (s):

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

HENRIQUE FERREIRA WAGNER
 CRM: 27535
 RECIFE

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

2C
JUSTIFICATIVA POR MOTIVO DE REOPERAÇÃO PARA:

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Paciente em seu 2º tempo
agendado, foi realizado o Tc
cirurgia fratura do Plano tibial
Dirícto + Colocação de placas e parafusos
+ Exploração Articular.

Enviado para
Centro Cirúrgico

Centro de Saúde - Miltex
GOS - Gerência de Controles e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell Dourado
Auditora/SUS - CRM: 8022
CPF: 298.725.884-49

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 JUL 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

10 JUL 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUL 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Atendimento: 211896

Sexo: Feminino

Prontuário: 766994

Unidade de Internação / Leito: ENF 13 - LEITO 04

Idade: 43 Anos, 8 Meses e 19 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: 5821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL 04.08.05.055 - 1

EXPLORAÇÃO ARTICULAR (09.08.06.012-3)

Data: 24/04/2019

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLEO MOREIRA DA SILVA

03. 2. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

04. Instrumentador:

Anestesista: RAQUI ANESTESIA

05. / Anestesista:

06. / Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA.

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE M DEDECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA ANTISEPSIA
APOSITO DE CAMPOS ESTEREIS
INCISAO ANTERO-LATERAL EM JOELHO CIR
APERTURA POR PLANOS
EXPOSICAO DO FOCO DE FRATURA
AO DO SEGMENTO FRATURARIO
EXPOSICAO DE PLACA E FIXACAO COM PARAFUSOS
GEM COM SF0,9%
URA
MATERIAL
ACEDIMENTO REALIZADO COM AUXILIO DE FLUOROSCOPIA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 III 2019
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Leonardo Costa Gonçalves de Oliveira
CRM: 23550
CRMPE 23550
CREMESP 23550

Dr. Geraldo Zanotto Faria
CRM: 23550
CRMPE 23550
CREMESP 23550

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 III 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

CRM: 23550

Recetário Controle Especial
Identificação do Emitente

Nome: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA
 CRM: 18806 | UF: PE
 Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000
 Telefone: 3482 - 9888

DATA: 25/04/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. do médico

Identificação do Paciente

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
 Endereço: RUA FRANCISCO RABELO, AGUA FRIA, CEP: 52120190, Nº 65, RECIFE - PE
 Prescrição: PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG / 30MG) ----- 02 CAIXAS
 TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.

Identificação do Comprador

Nome: _____ RG: _____
 _____ Org. emissor: _____
 Endereço: _____
 Cidade: _____ UF: _____ Tel: _____


Identificação do Fornecedor

 05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

22/04/2019

 Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE - PE

Ass. do Farmacêutico

 05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 19/04/2019

 Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE - PE

Av. General Manoel Rabelo - Nº 126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

 05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

20/04/2019

 Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE - PE



Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

FAT.SAM.01

00

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

NOME: Eduarda Jordânia Ferreira Patriota

REGISTRO: 166994 DATA DE NASCIMENTO: 05/08/1975

RG: 4.641.524 ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

ENDEREÇO: Rua Francisco Rabelo - Agua Fria N° 85 Recife - PE

NOME DA MÃE: _____

DATA ADMISSÃO: 19/04/2019 DATA ALTA: 24/04/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 22/04/2019 CID: 5825

DIAGNÓSTICO: Fratura do Patao Tibial D

TRATAMENTO REALIZADO: Traçamento cirúrgico
Fratura Tibial Direita + Exploração
Articular do tornozelo.

MÉDICO: Edonando Lima

CREMEPE: 16118

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22/04/2019

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

JABOATÃO DOS GURARAPES, 05 DE junho DE 2019.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14/04/2019

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Edonando Lima
Ortopedista-Cirurgião de Jaboatão
CRF-PE 16531-B/27/50
CRM-PE 19486 - TECR 13126

MÉDICO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20/04/2019

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

5-563770

10

Sumário de Admissão e Alta

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Pronúncio: 066994

Adendamento: 211245

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 13 - LEITO 04

Diagnóstico Inicial (Constante no LaudoMédico): FRATURA DE MALEOLO

CID: S82

Procedimento Solicitado:

Tempo de permanência Previsto:

01/05/2019

Procedimento SUS Realizado:

0408050543 → Frat. pilos tibial D + 0408060123 → Exploraç. articulac.

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- Mudança de Procedimento
- Diária de UTI
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti - Rh

- Uso de Prótese Órtese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22/04/2019
Rua da Aurora, nº 175, 51902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PE/PE

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Av. General Manoel Rabelo - nº 126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000
Sedex Autoprotector SUS - CRM: 09922
C.P.: 298.720.884-49

Resumo do Caso: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIREITO.
SUBMETIDA A CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS.

Diagnóstico Principal: S825 - FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 19/04/2019

Data da Alta: 24/04/19

Dias de Hospitalização:

dia (s).

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19/04/2019

Rua da Aurora, nº 175, 51902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PE/PE

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20/04/2019

Rua da Aurora, nº 175, 51902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
PE/PE

ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
CRM: 20022

John



Identificação de Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

13-26

2 - CNES

0 0 0 0 8 5 5

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Caterina Terezinha Feneir Pinto

6 - N° DO PRONTUÁRIO

167585

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

06 - DATA DO NASCIMENTO

05/09/75

06 - SEXO

Masculino Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

TRACY FERREIRA DA SILVA

07 - N° DO PRONTUÁRIO

12 - ENDEREÇO (Rua, N°, Bairro)

Av Francisco Ribeiro - Areias
Recife

08 - TELEFONE DE CONTATO

Nº do Telefone

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

PE

16 - CEP

71611111

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

• Paciente vítima de acidente de carro.
 com fratura fechada de placa fibra D + tornozelo
 direito.

05.802.494/0001-0
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA05.802.494/0002-0
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Av. Olinda

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

Elasto. imuno + Elast. fibra

12/06/2019
Rua da Aurora, N° 175, S. 902 BL C
Braga Vista - CEP: 50.060-010
REC/PE/21

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CÓD. ICD PRINCIPAL

22 - CÓD. ICD SECUNDÁRIO

23 - DE 16 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura fechada de placa fibra

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Transferência hospitalar

25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO

01041811814111351911111

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

11/04/2019

Assinatura e Círculo N° do Registro do Conselho

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Stanley Napoléon
MÉDICO
CRM-PI-7472Dr. Stanley Napoléon
MÉDICO
CRM-PI-7472

19/04/19

Dr. Stanley Napoléon
MÉDICO
CRM-PI-7472

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURO

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CROR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

05.802.494/0001-0
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

45 - DOCUMENTO

46 - N° DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CÍRCULO N° DO REGISTRO DO CONSELHO

20/04/2019
G06 - Gerência de Controles e Ajustes
Maria Cecília Mac Dowell
Medico Auditoria/SUS - CRM: 6922
CPF: 298.725.884-49Rua da Aurora, N° 175, S. 902 BL C
Braga Vista - CEP: 50.060-010
REC/PE/21

Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 211245 Nascimento: 05/08/1975
 Responsável: Prontuário: 766994 Sexo: Feminino
 Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA Data e Hora do Atendimento: 19/04/19 15:53:06
 Idade: 43 Anos, 8 Meses e 14 Dias Profissão: Escolaridade:
 CPF: Identidade: 19338000068 Telefone:
 Conjugado: Estado Civil: Cartão SUS: 703600035337234
 Nome da Mãe: IRACY FERREIRA DA SILVA Nome do Pai:
 Endereço: RUA FRANCISCO RABELO, AGUA FRIA, CEP: 52120190, Nº 85, RECIFE - PE
 OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermista / Leito: ENF 13 - LEITO 04
 Médico: JANIO JOSE CARRAZONE DE ANDRADE - CRM: 6785 CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

STÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM TRAUMA EM JOELHO E TORNOZELO DIREITO. DOR + EDEMA LOCAL

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA HAS, NEGA D. MELLITUS + EPILEPTICA

EXAME FÍSICO GERAL:

EG BOM EUNEICA, AFEBRIL, NORMOCORADA, HIDRATADA

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR, BNF EM 2T PA=120/80MMHG

AP - RESPIRATORIO:

MV NORMAIS S/ADVENTICIOS

ABDOMEN:

ÁCIDO INDÓLOR, RHA(+)

✓ - GENITO - URINARIO:

DIURESE ESPONTANEA

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE PLATO TIBIAL D + FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

Recomendado
24-04-19

HORA DE SAÍDA:

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

05.802.494/0001-43
JANIO JOSE CARRAZONE DE ANDRADE - CRM: 6785 TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Janio José Carrazone de Andrade
Médico
CRMPE-6785 20 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000 Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000 Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Prontuário: 766994

Atendimento: 211245

Unidade de Internação / Leito: ENF 13 - LEITO 04

Sexo: Feminino

Idade: 43 Anos, 8 Meses e 17 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: 5825 - FRATURA DO MALEÓLÓ MEDIAL

; Diagnóstico: Fratura do Ponto Tibial Direito

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MALEÓLÓ MÉDIAL, *Diagnóstico: Fratura do Ponto Tibial Direito*
EXPLORAÇÃO ARTICULAR DO TORNozELO (anterior e posterior)

Data: 22/04/2019

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Exploração Articular / Arroscopia
CRM 16114 - S00112003 AD 41818

02, 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

03, 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

05. Anestesia:

07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DOH SOB RAQUIANESTESIA

ROTINA ASSEPTICA

INCISAO LONGITUDINAL SOBRE MALEÓLÓ MEDIAL DIREITO

ABERTURA POR PLANOS

VISUALIZACAO DE FOCO DE FRATURA ARTICULAR

EXPLORAÇÃO ARTICULAR DO TORNozELO + LIMPEZA COM SF 0,9%

REDUÇÃO DE FRATURA O MAIS ANATOMICO POSSIVEL

FIXAÇÃO COM 01 PLACA TERCO DE CANO 4 FUROS + 03 PARAFUSOS CORTICais

COM COMPRESSÃO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR

MANIPULAÇÃO ARTICULAR DE TORNozELO SEM LIMITAÇÃO

FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO JONES

OBS: PROCEDIMENTO REALIZADO SOB CONTROLE RADIOLÓGICO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
22/04/2019
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Exploração Articular / Arroscopia
CRM 16114 - S00112003 AD 41818

Adolfo

ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

CRM: 20622

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

08/05/2019
Data de aquis.: 08/05/2019
Hora de aquis.: 10:21:30
Índice de sup.: 1551

EDUARDA JORDANIA FERREIRA, PATRICIA,,
Sex: Feminino
Data de nascimento: 05/08/1975
Índices de exp.: 1665
ID: 766994

Sex: Feminino
Data de nascimento: 05/08/1975
ID: 766994



19cm

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Escala: 9,0
HML



19cm

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Escala: 9,0
HML

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Escala: 9,0
HML

JOELHO
AP
W: 4996, L: 2043
ID de técnico: admin



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2.0 $\mu\text{m}^{-2}\text{ s}^{-1}$

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boca Vista - CEP: 50.060-010
MCE/CIEE-DE

RECIPES 35



AD: 99512545

lhdududududlmlmlmlhdududud

CTC RECIFE PE PL2
EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
RUA FRANCISCO RABELO 85 CASA
ARRUDA
52120-190 - RECIFE - PE



7214040716 11598 00000252545 30 100519



BAIXE JÁ O
APP MEU TIM



Venha para a Conta
Digital, e tenha 500 MB
de Bônus todo mês.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 III 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

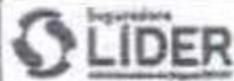
19 III 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

21401340075

Existe(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do vínculo ou ABL:

CPF da vítima:

83457747415

Nome completo da vítima:

EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATRIOTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE TRANSFERÊNCIA DE VÍNCULO MENSAL DA COOPERATIVA TRABALHADORES DE CORRETORA DE SEGUROS (TCS) 2002

Nome completo:

EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATRIOTA

CPF: 83457747415

Endereço:

Endereço:

RUA FRANCISCO RABELO

Número:

85

Complemento:

Bairro:

ARRUDA

Cidade:

RECIFE

Estado:

PE

CEP: 52120-190

Email:

TELEFONE: 81-4606-1891

9-1891-4606

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

RENDIMENTO MENSAL:

 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INSCRIÇÃO - ASSINAR UNIFORME DE COPIA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Informar uma opção) Bradesco (237) Itaú (3413) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Indicar banco)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: 9805 CONTA: 30358AGÊNCIA: 9805 CONTA: 30358

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação) (Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reembolsando a dívida, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONCEPÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que fui impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de habilitação ao beneficiário do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que [inscrever uma das opções]:

TRABALHADORES DE SEGUROS LTDA

 Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou de minha residência não reúne condições para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência reúne condições com prazo superior a 90 (noventa) dias de prazo.

Por motivo exequível, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, com base em documentação apresentada, constando, desde já, em meu autorizar a indicação médica da Clínica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 9.134/95, art. 26, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura indicação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

26 JUN 2018

DECLARAÇÃO DE OUTROS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONCEPÇÃO DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na CMV) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da 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 tiver filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou herdeiro (s) falecido (s): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem com a documentação exigida, salvo dúvida, direta, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a abertura de processo disciplinário ou de responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

TRABALHADORES DE SEGUROS LTDA

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF: 05.802.494/0001-41 1º Nome: 7019

2º Nome: TRABALHADORES DE SEGUROS LTDA

3º Nome: 05.802.494/0001-41 2º Nome: 7019

4º Nome: 05.802.494/0001-41 3º Nome: 7019

5º Nome: 05.802.494/0001-41 4º Nome: 7019

6º Nome: 05.802.494/0001-41 5º Nome: 7019

7º Nome: 05.802.494/0001-41 6º Nome: 7019

8º Nome: 05.802.494/0001-41 7º Nome: 7019

9º Nome: 05.802.494/0001-41 8º Nome: 7019

10º Nome: 05.802.494/0001-41 9º Nome: 7019

11º Nome: 05.802.494/0001-41 10º Nome: 7019

12º Nome: 05.802.494/0001-41 11º Nome: 7019

13º Nome: 05.802.494/0001-41 12º Nome: 7019

14º Nome: 05.802.494/0001-41 13º Nome: 7019

15º Nome: 05.802.494/0001-41 14º Nome: 7019

16º Nome: 05.802.494/0001-41 15º Nome: 7019

17º Nome: 05.802.494/0001-41 16º Nome: 7019

18º Nome: 05.802.494/0001-41 17º Nome: 7019

19º Nome: 05.802.494/0001-41 18º Nome: 7019

20º Nome: 05.802.494/0001-41 19º Nome: 7019

21º Nome: 05.802.494/0001-41 20º Nome: 7019

22º Nome: 05.802.494/0001-41 21º Nome: 7019

23º Nome: 05.802.494/0001-41 22º Nome: 7019

24º Nome: 05.802.494/0001-41 23º Nome: 7019

25º Nome: 05.802.494/0001-41 24º Nome: 7019

26º Nome: 05.802.494/0001-41 25º Nome: 7019

27º Nome: 05.802.494/0001-41 26º Nome: 7019

28º Nome: 05.802.494/0001-41 27º Nome: 7019

29º Nome: 05.802.494/0001-41 28º Nome: 7019

30º Nome: 05.802.494/0001-41 29º Nome: 7019

31º Nome: 05.802.494/0001-41 30º Nome: 7019

32º Nome: 05.802.494/0001-41 31º Nome: 7019

33º Nome: 05.802.494/0001-41 32º Nome: 7019

34º Nome: 05.802.494/0001-41 33º Nome: 7019

35º Nome: 05.802.494/0001-41 34º Nome: 7019

36º Nome: 05.802.494/0001-41 35º Nome: 7019

37º Nome: 05.802.494/0001-41 36º Nome: 7019

38º Nome: 05.802.494/0001-41 37º Nome: 7019

39º Nome: 05.802.494/0001-41 38º Nome: 7019

40º Nome: 05.802.494/0001-41 39º Nome: 7019

41º Nome: 05.802.494/0001-41 40º Nome: 7019

42º Nome: 05.802.494/0001-41 41º Nome: 7019

43º Nome: 05.802.494/0001-41 42º Nome: 7019

44º Nome: 05.802.494/0001-41 43º Nome: 7019

45º Nome: 05.802.494/0001-41 44º Nome: 7019

46º Nome: 05.802.494/0001-41 45º Nome: 7019

47º Nome: 05.802.494/0001-41 46º Nome: 7019

48º Nome: 05.802.494/0001-41 47º Nome: 7019

49º Nome: 05.802.494/0001-41 48º Nome: 7019

50º Nome: 05.802.494/0001-41 49º Nome: 7019

51º Nome: 05.802.494/0001-41 50º Nome: 7019

52º Nome: 05.802.494/0001-41 51º Nome: 7019

53º Nome: 05.802.494/0001-41 52º Nome: 7019

54º Nome: 05.802.494/0001-41 53º Nome: 7019

55º Nome: 05.802.494/0001-41 54º Nome: 7019

56º Nome: 05.802.494/0001-41 55º Nome: 7019

57º Nome: 05.802.494/0001-41 56º Nome: 7019

58º Nome: 05.802.494/0001-41 57º Nome: 7019

59º Nome: 05.802.494/0001-41 58º Nome: 7019

60º Nome: 05.802.494/0001-41 59º Nome: 7019

61º Nome: 05.802.494/0001-41 60º Nome: 7019

62º Nome: 05.802.494/0001-41 61º Nome: 7019

63º Nome: 05.802.494/0001-41 62º Nome: 7019

64º Nome: 05.802.494/0001-41 63º Nome: 7019

65º Nome: 05.802.494/0001-41 64º Nome: 7019

66º Nome: 05.802.494/0001-41 65º Nome: 7019

67º Nome: 05.802.494/0001-41 66º Nome: 7019

68º Nome: 05.802.494/0001-41 67º Nome: 7019

69º Nome: 05.802.494/0001-41 68º Nome: 7019

70º Nome: 05.802.494/0001-41 69º Nome: 7019

71º Nome: 05.802.494/0001-41 70º Nome: 7019

72º Nome: 05.802.494/0001-41 71º Nome: 7019

73º Nome: 05.802.494/0001-41 72º Nome: 7019

74º Nome: 05.802.494/0001-41 73º Nome: 7019

75º Nome: 05.802.494/0001-41 74º Nome: 7019

76º Nome: 05.802.494/0001-41 75º Nome: 7019

77º Nome: 05.802.494/0001-41 76º Nome: 7019

78º Nome: 05.802.494/0001-41 77º Nome: 7019

79º Nome: 05.802.494/0001-41 78º Nome: 7019

80º Nome: 05.802.494/0001-41 79º Nome: 7019

81º Nome: 05.802.494/0001-41 80º Nome: 7019

82º Nome: 05.802.494/0001-41 81º Nome: 7019

83º Nome: 05.802.494/0001-41 82º Nome: 7019

84º Nome: 05.802.494/0001-41 83º Nome: 7019

85º Nome: 05.802.494/0001-41 84º Nome: 7019

86º Nome: 05.802.494/0001-41 85º Nome: 7019

87º Nome: 05.802.494/0001-41 86º Nome: 7019

88º Nome: 05.802.494/0001-41 87º Nome: 7019

89º Nome: 05.802.494/0001-41 88º Nome: 7019

90º Nome: 05.802.494/0001-41 89º Nome: 7019

91º Nome: 05.802.494/0001-41 90º Nome: 7019

92º Nome: 05.802.494/0001-41 91º Nome: 7019

93º Nome: 05.802.494/0001-41 92º Nome: 7019

94º Nome: 05.802.494/0001-41 93º Nome: 7019

95º Nome: 05.802.494/0001-41 94º Nome: 7019

96º Nome: 05.802.494/0001-41 95º Nome: 7019

97º Nome: 05.802.494/0001-41 96º Nome: 7019

98º Nome: 05.802.494/0001-41 97º Nome: 7019

99º Nome: 05.802.494/0001-41 98º Nome: 7019

100º Nome: 05.802.494/0001-41 99º Nome: 7019

101º Nome: 05.802.494/0001-41 100º Nome: 7019

102º Nome: 05.802.494/0001-41 101º Nome: 7019

103º Nome: 05.802.494/0001-41 102º Nome: 7019

104º Nome: 05.802.494/0001-41 103º Nome: 7019

105º Nome: 05.802.494/0001-41 104º Nome: 7019

106º Nome: 05.802.494/0001-41 105º Nome: 7019

107º Nome: 05.802.494/0001-41 106º Nome: 7019

108º Nome: 05.802.494/0001-41 107º Nome: 7019

109º Nome: 05.802.494/0001-41 108º Nome: 7019

110º Nome: 05.802.494/0001-41 109º Nome: 7019

111º Nome: 05.802.494/0001-41 110º Nome: 7019

112º Nome: 05.802.494/0001-41 111º Nome: 7019

113º Nome: 05.802.494/0001-41 112º Nome: 7019

114º Nome: 05.802.494/0001-41 113º Nome: 7019

115º Nome: 05.802.494/0001-41 114º Nome: 7019

116º Nome: 05.802.494/0001-41 115º Nome: 7019

117º Nome: 05.802.494/0001-41 116º Nome: 7019

118º Nome: 05.802.494/0001-41 117º Nome: 7019

119º



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000588 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(*). EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA, 42 anos, BRASILEIRA(a), DIVORCIADO(a), RG nº 1933800068 MTPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 834.577.474-15, residente à RUA FRANCISCO RABELO, nº 85, ARRUDA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/04/2019, por volta das 22:49 hs, no endereço: RUA MANOEL SILVA, S/N, ÁGUA FRIA RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(*) EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA, inscrito sob o CPF nº 834.577.474-15 e Registro Geral nº 1933800068, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718066-7 BRANCO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº XXX. Ficou aos cuidados do médico JOÃO PAULO, registro 24793. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/06/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000588

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
22 JUL 2019
Av. da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 (CNPJ) 00.358.773/0001-44

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

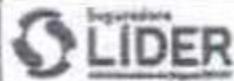
20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUL 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

21401340075

Existe(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do vínculo ou ABL:

CPF da vítima:

83457747415

Nome completo da vítima:

EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATRIOTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES GERAIS DA SEGURO DPVAT MENSAL DA COOPERATIVA TRABALHO, CORRETORA DE SEGUROS LTDA - CNPJ 02.494.000/0001-43

Nome completo:

EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATRIOTA

CPF: 83457747415

Endereço:

Endereço:

RUA FRANCISCO RABELO

Número:

85

Complemento:

Casa

Bairro:

ARRUDA

Cidade:

RECIFE

Estado:

PE

CEP:

52120190

TI

02.494.000/0001-43

CORRETORA DE SEGUROS LTDA

CNPJ 02.494.000/0001-43

RUA DA AURORA, Nº 175, S. 902 BL. C

BOS VISTA - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE

Email:

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

RENDIMENTO MENSAL:

 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INSCRIÇÃO - ASSINAR UNIFORME DE COPIA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Informar uma opção) Bradesco (237) Itaú (3413) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Indicar banco)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA:

9805

CONTA:

30358

(Inserir o dígito de verific.)

AGÊNCIA:

9805

3

CONTA:

30358

5

(Inserir o dígito de verific.)

(Inserir o dígito de verific.)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reembolsando a dívida, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONCEPÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Destaco, sob as penas da lei, que fui impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de habilitação ao beneficiário do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que [inscrever 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 de 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 úteis.

Por motivo exequível, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, com base em documentação apresentada, constando, desde já, em me autorizar a avaliação médica da cotação da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade das habilitações decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 9.134/95, art. 26, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu resultado.

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

26 JUN 2018

DECLARAÇÃO DE OUTROS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONCEPÇÃO DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na CMV) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da 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 tiver filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou herdeiro (s) falecido (s)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se aferirem na sequência: 02.494.000/0001-43. Esta declaração, salvo constar, cumpre, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a abertura de processo disciplinar ou administrativo, ou a responsabilidade criminal por infração do artigo 239 do Código Penal.

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-41 1 11 719

TRABALHO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

DE SEGUROS LTDA

1º Nome: _____



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016^ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
 DP16^ªCIRC DIM/2^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0106001693

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/06/2019 às
 15:25

Complementa o BO Número: 19E0106001692

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
 aconteceu no dia 18/4/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **RUA MANOEL SILVA, 1** - Bairro: **FUNDÃO** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

18.06.2019

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA (VÍTIMA)

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

22.06.2019

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

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA (presente ao plantão) - Sexo:
 Feminino Mês: **IRACY FERREIRA DA SILVA PM** **EDUARDO LIRA PATRIOTA** Data de
 Nascimento: **08/09/1972** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **RUA FRANCISCO RABELO, 85 - CEP: 50000-000 - Bairro: ARRUDA** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em
 posse do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto
 apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **6 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

20.06.2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Placa: PFA7230 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMO A VITIMA DESTE BOE QUE NO DIA DO FATO QUANDO ESTAVA ATREVENDO A AVENIDA MANOEL SILVA, NO BAIRRO DE FUNDÃO, FOI ATROPELADA POR UM DESCONHECIDO NUM MOTOCICLETA DE PLACA PFA-7230, QUE ELE APÓS ATROPELÁ-LA SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR OS PRIMEIROS SOCORROS. QUE ELA DECLARANTE FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO, ONDE FOI A 2 CIRURGIAS NA PERNAS DIREITA. QUE NÃO TEM INFORMAÇÕES SOBRE O ENDEREÇO OU NOME DO DESCONHECIDO.

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

Eduarda Jordânia Ferreira Patriota
EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATRIOTA
(VITIMA)

Silvano Pereira Soares
B.O. registrado por: SILVANO PEREIRA SOARES - Matrícula: 3448639

Silvano Pereira Soares

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
22 JUN 2018
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
18 JUN 2018
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 JUN 2018
Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016^a CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA - DP16^aCIRC DIM/2^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0106001692

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/06/2019** às **14:52**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 18/4/2019
no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA MANOEL SILVA, 1 - Bairro: FUNDÃO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA (VÍTIMA)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
22 JUN 2018
Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **IRACY FERREIRA DA SILVA** Pai: **EDUARDO LIRA PATRIOTA** Data de Nascimento: **5/8/1975** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA FRANCISCO RABELO, 85 - CEP: 55000-000 - Bairro: ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA, que
estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)** 05.802.494/0001-41

Placa: **PFAT7230** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 JUN 2019
Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Complemento / Observação

18 JUN 2019

INFORMO A VÍTIMA DESTE BOE QUE NO DIA DO FATO QUANDO ESTAVA ATREVENDO A AVENIDA MANOEL
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

SILVA, NO BAIRRO DE FUNDAO, FOI ATROPELADA POR UM DESCONHECIDO NUM MOTOCICLETA DE PLACA PFA-7230, QUE ELE APOS ATRPELA-LA SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE ELA DECLARANTE FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO, ONDE FOI A 2 CIRURGIAS NA Perna DIREITA. QUE NAO TEM INFORMAÇOES SOBRE O ENDEREÇO OU NOME DO DESCONHECIDO.

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


EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **VALERIA DANTAS PONTES** - Matricula: **208583-6**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
19 III 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 III 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
22 III 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190439557**

Vítima: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Data do Acidente: 18/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **1**

Agência: **000002805-3**

Conta: **0000030358-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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, retorno 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190439557

Vítima: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Data do Acidente: 18/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02805-3

CONTA: 000000030358-5

Nr. da Autenticação 9E856D51CD34EDAF

NCC
e6 03066029
TR 0003020202

TRANSFERIDO
H.M. de Tabacalera
190459711-5

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Número do Registro

ETIQUETA

1415480		Data e Hora de Atendimento: 18/04/2019 23:42	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Cód. Paciente: 1675057 Paciente: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA		Atendimento Manual:	
Data de nascimento: 05/08/1975 Idade: 43a 8m 13d		Sexo: FEMININO	
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão:		Acompanhante: DAYANE CARNEIRO BRANDA	
DOC ID / Data expedição: /	Mãe: IRACY FERREIRA DA SILVA Pai: EDUARDO LYRA PATRIOTA	Cartão SUS	
Endereço: RUA FRANCISCO RABELO Bairro: ARRUDA Cidade: RECIFE		Número: 85 Complemento: UF: PE Telefone: 96744266 46300-000	
Ocorrências:			
Motivo do atendimento: ENCN. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)			
Procedência: OUTRO HOSPITAL			
Informações do Serviço Social: 10/10/119 - Paciente com vínculos familiares			
Confirmação de nome:		Fones:	
Confirmação de endereço:		Assistente Social	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>		Assistente Social	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Públ. <input type="checkbox"/>		Assistente Social	
Outros: <input type="checkbox"/>			
Observação:			
História Clínica:			

História Clínica

Novante vítima de atropelamento por moto, trazida pelos
bombeiros com relato de perda de consciência e ingestão
alcoólica. Apresenta dor importante e desordem de visão coluna
em ferma (D). Chega em protocolo de trauma.

Porto de consciência: Sim Não Atendimento Médico
 Acidente de Trânsito: Sim Não ACAO CORRETA
 Imobilização Cervical: Sim Não SEGUROS LTD
 Condições de imobilização adequadas: Sim Não Transporte realizado por
2010-08-21 11:19

Feature Effects

A: Geral	Via sanguínea está aberta: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tímido
Respiração: fôlegos de dor, cansada, hidratada, eupneia.		
B: Respiratório	RR: 18 + AFT SRA. Nenhum sinal de tosse.	
C: Circulatório	PA	X mmHg
		P脉搏: 110 bpm
RCR: 2T BNF SIS		
17/04/19 - Admitido a 19/04/19		

11-04-19 ~~1962~~ 1962
The old bronze dog of
Plimoth

O. Exame Neurológico	Deficiência motora	<input type="checkbox"/> MSD	<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MID	<input checked="" type="checkbox"/> MIE	<input type="checkbox"/> Pupilas	<input type="checkbox"/> Isocônicas	<input type="checkbox"/> Anisocônicas
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal			Glasgow: Resposta Motora			
Escore	Hora	Escore			Escore			Hora

ECG : 15

E. Exposição/Abdômen:

Semicloboso, flácido, mole, à palpação, sem indenitações patológicas.
Pele estéril, dolorosa à palpação.

Diagnóstico Inicial:

Cod. Procedimento

Conduta:

Manutenção inicial

Ass. Médico

- ② Sobe o TAC do crânio e cervical
- ③ Sobe o Rx de punho e tornozelo direito
- ④ Alta da ginecologia geral
- ⑤ Admissão de neurologia e da ortopedia

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta internado na Clínica

Transferido para:

Condição de Alta:

<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado
<input type="checkbox"/> Óbito	

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Medico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____

Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____

Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 18-Apr-19

18/04/2019
J.EM. LIBRE

Relatório Médico de Internação
Médico CRM: 10023

05.802.494/0001-43
TRABALHO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

7.1 JUN 7/11

Rua da Mocidade, 1077, SL 902-B
-508 Vila - CEP: 50.060-010
MTP/PR

13/04/19 Traumt - 7-20

C/ Obediente, mas R.
O trato é de pouca frequêcia
Explorar o Abdome em TO
Tumor
Dr. Sérgio Raposo
MÉDICO
CRM-PI 7472

05-802-424/0001-47
TRACÃO COHMETORA
DE SEGURO-ESTDIA

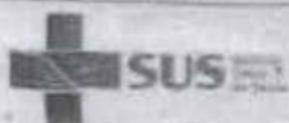
20/04/79

Agua da Aurora, 18170-90018, C
Nova Vista - GP-51266-030
FET-24

Registro de Enfermagem

Prestige

Latito:



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	<u>Elaine Tônia Ferreira</u>	6 - N.º DO PRONTUÁRIO
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.1 ESPECIAL / 03

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TC de manu</i>	14 - CÓD. PROCEDIMENTO	QTDE
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>TC de arref</i>	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

It can + feel it on your arm

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	PROFISSIONAL SOLICITANTE	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
		19 / 06 / 19

25 - Nº DOCUMENTO (CNE / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	26 - ASSINATURA E CARIMBO (MUNDO REGISTRO E CONSELHO)
---	---

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	AUTORIZAÇÃO	28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
05.802-494/0001-4 TRABAU CORRETORA DE SEGUROS LTDA		<i>20/01/2011</i>
29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	30 - ASSINATURA E FAVORE (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)	
<i>RODRIGO ALMEIDA</i>		

Cod. 0421

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 18/04/2019 23:33

Nome Paciente:	EDUARDA JOSRDANIA FERREIRA PATRIOTA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	05/08/1975
Sexo:	Feminino
Idade:	43
Senha:	U0048
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Período: 18/04/2019 23:36 - 18/04/2019 23:35

ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA CERCA DE 40 MIT APRESENTOU PERDA DE CONSCIENCIA E APRESENTA FRATURA EM MID REFERE DOR NO LOCAL

Medicamento(s): SEM SENHA

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 6

19/04/19

ANEXO #1

02:00

- 1) Politrauma
- 2) TCE leve

Paciente claramente orientado em ora, ECO 15, paciente nega dor envolvendo lombos

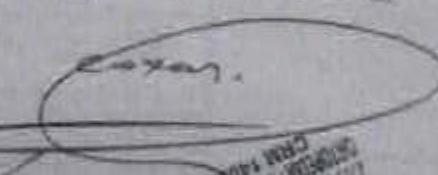
TCE leve e paciente envolto. Sem lesões neurológicas p/ auxílio

cd. Atte da Neurocirurgia
Unidade de Emergência - BORGES
FAX: 32-2248

05.802.494/0001-43
TRACÃO CONSTITUTIVA
DE SEGUROS LTDA
20/04/2019
RUA DA AREIA, 1015, 16302-000
Belo Horizonte - MG
Fone: (31) 3268-5100
Fax: (31) 3268-5100

19/04/19 07:00

em parte

Presencie em horário de 07:00 am
Angelo D. 04/16 D. e
c. S. R. 

Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/04/2019 23:35

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

DIA: 20/04/10 DIA: _____ DIA: _____ DIA: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- Alimentação** em sínusas vitais (3 vezes ao dia)
- Higiene Corporal** (1 vez no dia e se necessário)
- Higiene Oral** (após cada refeição e se necessário)
- Mudança de decúbito** (3 em 3 horas)
- Aspiração** (3 em 3 horas e se necessário)
- Colostomia Intermittente** (6 em 6 horas e se necessário)

ADMISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

DIA: 20/04/10 DIA: _____ DIA: _____ DIA: _____

SINAIS VITais

Frequência Cardíaca

Frequência Respiratória

Temperatura

Pressão Arterial

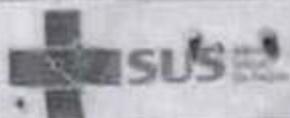
05.802.494/0001-4
TRACAO CONCESSIONADA
DE SEGUROS LTDA
RUA DA AMERICA, 29175, 5º ANDAR
Bairro: Jardim
CEP: 50.060-020
Maceió, PE

ADMISTRAÇÃO DE
ENFERMAGEM

DIA: 20/04/10 DIA: _____ DIA: _____ DIA: _____

Unidade Medicina
Unidade de Enfermagem

Code: 0171



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 Edson do Jordão Ferreira	6 - N° DO PRONTUÁRIO 1415480
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10 - FONE DE CONTATO
11 - ENDERECO DE RESIDÊNCIA	12 - FONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL TC e tomografia	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 R-ML	20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL V/ML	22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE 05.802.494/0001-1 TRACAU COR-TOIA DE SEGUROS/TOIA

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Entorso do tronco

20/04/2010
Data da Autorização: 20/04/2010
802 VML 07/04/2010

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Stanley Napoléon MÉDICO CRM-PI 7473	24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 19/04/10
--	--------------------------------------

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	26 - ASSINATURA E CARMÃO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO) Dr. Stanley Napoléon MÉDICO CRM-PI 7473
---	---

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 19/04/10
---------------------------------------	--------------------------------------

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	30 - ASSINATURA E CARMÃO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)
---	--



Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

FAT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDENTIFICADO (A).

NOME: Eduarda Jordania Ferreira Patuota

REGISTRO: 766994 DATA DE NASCIMENTO: 05/08/1975

RG: 4.641.524 ORGÃO EMISSOR:

ENDEREÇO: Rua Francisco Rabelo - Agua
Fria nº 85 - Recife - PE

NOME DA MÃE: Isaci Ferreira da Silva

DATA ADMISSÃO: 24/04/2019 DATA ALTA: 25/04/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 24/04/2019 CID: 5821

DIAGNÓSTICO: Fratura da Extremidade
Proximal da tíbia.

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de
fratura do planalto tibial +
exploração articular.

MÉDICO: lanhos Lândido

CREMEPE: 18336

JABOATÃO DOS GURARAPES, 05 DE Junho DE 2019.

Dr. Carlos Cenário Filho
Ortopedista-Ortopedista de Pediatria
CRM-PE 6948 - TECR 12125
MÉDICO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Sumário de Admissão e Alta

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Prontuário: 766994

Atendimento: 211896

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 13 - LEITO 04

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

CID: 5821

Procedimento Solicitado: 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado:

0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

tdi08060123 - Explante articular

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUTZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

2. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

3. Auxílio Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

Anestesista: RODRIGO JOSE FLORD LUCIANO DA SILVA

06.

Clinico:

07.

Clinico:

08.

Procedimentos Especiais:

- Mudança de Procedimento
- Diária de UTI
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti - Rh

- Uso de Prótese Órtese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

-Crelaria de Saúde -
GOS - Gerência de Controle e Administração
Maria Cecília Mac Donell Dourado
Médica Autorizada/SUS - CRM: 8822
CPF: 298.725.884-49

Resumo do Caso: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM FX DE PLANALTO TIBIAL DIREITO.
SUBMETIDA A CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS.

Diagnóstico Principal: 5821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍbia

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 24/04/2019

Data da Alta: 25/04/19

Dias de Hospitalização:

dia (s):

HENRIQUE FERREIRA WAGNER

CRM: 27535 CRMEPE/23550

Medico
CRM: 27535 CRMEPE/23550
DIA 20 DE MARÇO DE 2019
05.002.744/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Bonfim - CEP: 54160-000

RCI/PE

Av. General Manoel Rabelo - N°126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org

2E
JUSTIFICATIVA POR MOTIVO DE REOPERAÇÃO PARA:

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Recup. em seu 2º tempo
cirúrgico, foi realizado o Tratamento
cirúrgico frático do Planoalto tibial
Dirícto + Colocação de placas e parafusos
+ Exploração articular.



Velório de Jauá - PE
GOS - Gerência de Centrais e Avançado
Maria Cecília Mac Dowell Dourado
Auditora/SUS - CRM: 8922
CPF: 298.725.884-49

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO

CNES

5356067

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO

CNES

5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Nº Prontuário

766994

Cartão Nacional do SUS

703600035337234

Data de Nascimento

05/08/1975

Sexo

Masculino

RaçaCor

03 - Parda

Etnia

0000 - Não Se Aplica

1 X 3

Nome da Mãe

IRACY FERREIRA DA SILVA

Telefone de contato

Nome Responsável

IRACY FERREIRA DA SILVA

Endereço (Rua, Nº, Bairro)

RUA FRANCISCO RABELO, 85 - AGUA FRIA

Município

RECIFE

IBGE

261160

UF

PE

CEP

52120190

* Síntesis Sinais e Sintomas Clínicos

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com fratura de placa +
+ melsos med. cl

Condições que justificam a internação



Fratura
+ melsos med. cl

Principais Resultados de Provas Diagnósticas



Fratura
+ melsos med. cl

CID 10 Principal

CID 10 Secundário

CID 10 Causas Associadas

Diagnóstico Inicial / Código



Fratura de placa + melsos med. cl

C

C

C

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado

Código do Procedimento

Clínica

Caráter da Internação

Documento

Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

Data da Solicitação

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

24/04/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

Acidente de Trânsito
 Acidente Trabalho Típico
 Acidente Trabalho Trajetô

CNPJ Seguradora

CNPJ / Empresa

Nº Bilhete

Série

CNAE da Empresa

CBO

Vínculo com a Previdência

 Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador

MARIA CECILIA MAC DOWELL

Cód. Orgão Emissor

Nº da Autorização da Internação

Hospital

Nº 802.494/0009411

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Data da Autorização

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Frontuário: 766994

Atendimento: 211896

Unidade de Internação / Leito: ENF 13 - LEITO 04

Sexo: Feminino

Idade: 43 Anos, 8 Meses e 19 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: 5821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL 04.08.05.055-1
EXPLORAÇÃO ARTICULAR (04.08.06.012-3)

Data: 24/04/2015

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

03. 2. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

04. Instrumentador:

Anestesista: RAQUI ANESTESIA

05. Anestesista:

06. 1. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE: M DEDECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA: ANTISSEPSIA
APOSE: DE CAMPOS ESTEREIS
INCLIF: ANTERO-LATERAL EM JOELHO DIR
ABET: LA POR PLANOS
EX: LIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA
AO DO SEGMENTO FRATURARIO
CAO DE PLACA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
GEM COM SF0,9%
JURA:
RATIVO:
ACEDIMENTO REALIZADO COM AUXILIO DE FLUOROSCOPIA

Dr. Leonardo Costa Gonçalves de Oliveira
CRM 23550
CRMESP 23550

Dr. Cláudio Henrique Góes
CRM 1100
CRMESP 1100
03/07/2015
03/07/2015

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2015

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Receituário Controle Especial

Identificação do Emitente

Nome: MARIA APARECIDA LAURIANO DE LIRA	
CRM: 18806	UF: PE
Endereço: Av. General Manoel Rabelo, Nº 126, Centro, Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000	
Telefone: 3482 - 9888	

DATA: 25/04/2019

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. do médico

Identificação do Paciente

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA	
Endereço: RUA FRANCISCO RABELO, AGUA FRIA, CEP: 52120190, Nº 85, RECIFE - PE	
Prescrição: PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG / 30MG) ----- 02 CAIXAS	

TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE.

Identificação do Comprador

Nome:		RG:
		Org. emissor:
Endereço:		
Cidade:	UF:	Tel.:

Identificação do Fornecedor

Data: / /

Ass. do Farmacêutico

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

29 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010

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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

F.AT.SAM.01

00

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

NOME: Eduarda Sondania Ferreira Patriota

REGISTRO: 166994 DATA DE NASCIMENTO: 05/08/1975

RG: 4.641.524 ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

ENDEREÇO: Rua Francisco Rabelo - Agua Fria N° 85 Recife - PE

NOME DA MÃE: _____

DATA ADMISSÃO: 19/04/2019 DATA ALTA: 24/04/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 22/04/2019 CID: 5825

DIAGNÓSTICO: F. nativa do Pihão Tibial D

TRATAMENTO REALIZADO: Traçamento liníngico
F. nativa Tibial Direito + Exploração
Articular do tornozelo.

MÉDICO: Leonardo Lima

CREMEPE: 16118

JABOATÃO DOS GURARAPES, 05 DE junho DE 2019.

Dr. Carlos Henrique Filho
Ortopedista Clínico e Traumatologista
CRM-PE 19481-TEOT 13126

MÉDICO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Sumário de Admissão e Alta

5-563770

10

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Prontuário: 555994

Endereço: 211245

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 13 - LEITO 04

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA DE MALEOLO

CID: S82

Procedimento Solicitado:

Tempo de permanência Previsto:

01/05/2019

Procedimento SUS Realizado:

0408050543 → Frat. fibulostibial D + 0408060123 → Exploraç. articular

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- Mudança de Procedimento
- Diária de UTI
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti -- Rh

- Uso de Prótese Órtese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DIREITO, SUBMETIDA A CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS.

0408050543 → Frat. fibulostibial D + 0408060123 → Exploraç. articular
André Luiz Adolfo Moreira da Silva - CRM: 8922
Ass. Gestão da Gestante e do Recém-nascido
Tatá Cecília Mac Donald Drumond
Sociedade Auxiliadora SUS - CRM: 8922
Cpf: 798.728.884-49

Diagnóstico Principal: S825 - FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Reoper.

Data de Internação: 19/04/2019

Data da Alta: 24/04/19

Dias de Hospitalização:

dia (s).

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 JUN 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 54160-030
RECIFE-PE

ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
CRM: 20022

André L.

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	5	2 - CNES 0 0 0 0 5 5 5
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	13-24	4 - CNES
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE Edwerton Tordenho Ferreira Pinto	6 - N° DO PRONTUÁRIO 167525	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 111111	8 - DATA DO NASCIMENTO 05/08/75	9 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL TRACY FERREIRA PA SILVA	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 11 TELEFONE 3000-1234	
12 - ENDEREÇO (RUE, N°, BAIRRO) Rua Francisco Rallito - Anchieta	13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Recreio	
14 - DDD, IBGE MUNICÍPIO		15 - UF RJ
16 - CEP 22710-111		17 -

JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

• Point victim straight on you can.
can take feed & whole litter D + formula
drinks.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERAÇÃO			
<i>An. olm.</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<i>Exames normais + Exame per.</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIAIS
<i>Fractura fechada joelh. esq. 1º grau</i>			

– 34 – [Passar à página anterior](#) [Passar para a página seguinte](#)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO	
<i>Transferência hospitalar</i>			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CFF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
<i>União</i>	<i>Electron</i>	<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	<i>01119181101411135791</i>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (NP DO REGISTRO DO CONSELHO)
<i>Dr. Stanley Napoleão</i>		<i>19/04/19</i>	<i>Dr. Stanley Napoleão</i>
MÉDICO			MÉDICO
CRM-PI 7472			CRM-PI 7472
PREENCHER EM CASO DE CALEBRAS INICIAIS INCORRETAS			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOU
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (PROFISSIONAL AUTORIZADOR DO CONSELHO)	
/ /	 secretaria de saude - FNU L 505 - Gerência de Controle e Avaliação Maria Cecilia Mac Dowell Degrandi Médica Auditora SUS - CRM: 8922 CPF: 298.725.884-49	

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 211245

Nascimento: 05/08/1975

Responsável:

Prontuário: 766994

Sexo: Feminino

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Data e Hora do Atendimento: 19/04/19 15:53:06

Idade: 43 Anos, 8 Meses e 14 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 19338000058

Telefone:

*

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 703600035337234

Nome da Mãe: IRACY FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai:

Endereço: RUA FRANCISCO RABELO, AGUA FRIA, CEP: 52120190, Nº 85, RECIFE - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 13 - LEITO 04

Médico: JANIO JOSE CARRAZONE DE ANDRADE - CRM: 6785

COD:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO COM TRAUMA EM JOELHO E TORNOZELO DIREITO.DOR + EDEMA LOCAL

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA HAS,NEGA D.MELLITUS + EPILEPTICA

EXAME FÍSICO GERAL:

EG BOM EUNÉICA,AFEBRIL,NORMOCORADA,HIDRATADA

AP - CARDIO - VASCULAR:

RRR,BNP EM 2T PA=120/80MMHG

AP - RESPIRATORIO:

MV NORMAIS S/ADVENTICIOS

ABDOMEN:

ACIDO INDOLOR ,RHA(+)

✓ - GENITO - URINARIO:

DIURESE ESPONTANEA

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE PLATO TIBIAL D + FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDICÕES DE ALTA:

DATA:

Recomendado

HORA DE SAÍDA:

05.802.494/0001-41

JANIO JOSE CARRAZONE DE ANDRADE - CRM: 6785 TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Janio Jose Carrazone de Andrade

Médico

CRM/PE-6785

20 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000/02 Vista - CEP: 50.060-010

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org

REC/FF-26

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Prontuário: 766994

Atendimento: 211245

Unidade de Internação / Leito: ENF 13 - LEITO 04

Sexo: Feminino

Idade: 43 Anos, 8 Meses e 17 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: 5825 - FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE MALEOLO MEDIAL,
EXPLORAÇÃO ARTICULAR DO TORNozELO (máis artroscopia)

Data: 22/04/2019

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

06. Anestesia:

07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANOS

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Tornozelo / Artroscopia
CRM 16114 - SUD 12993 AD 41815

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
ROTIÑA ASSEPTICA

INCISAO LONGITUDINAL SOBRE MALEOLO MEDIAL DIREITO

ABERTURA POR PLANOS

VISUALIZAÇÃO DE FOCO DE FRATURA ARTICULAR

EXPLORAÇÃO ARTICULAR DO TORNozELO + LIMPEZA COM SF 0,9%

REDUÇÃO DE FRATURA O MAIS ANATOMICO POSSIVEL

FIXAÇÃO COM 01 PLACA TERCO DE CANO 4 FUROS + 03 PARAFUSOS CORTICAIS

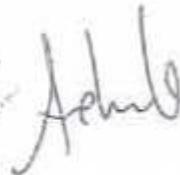
COM COMPRESSÃO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR

MANIPULAÇÃO ARTICULAR DE TORNozELO SEM LIMITAÇÃO

FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO JONES

035: PROCEDIMENTO REALIZADO SOB CONTROLE RADIOLÓGICO

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Tornozelo / Artroscopia
CRM 16114 - SUD 12993 AD 41815



ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

CRM: 20022

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

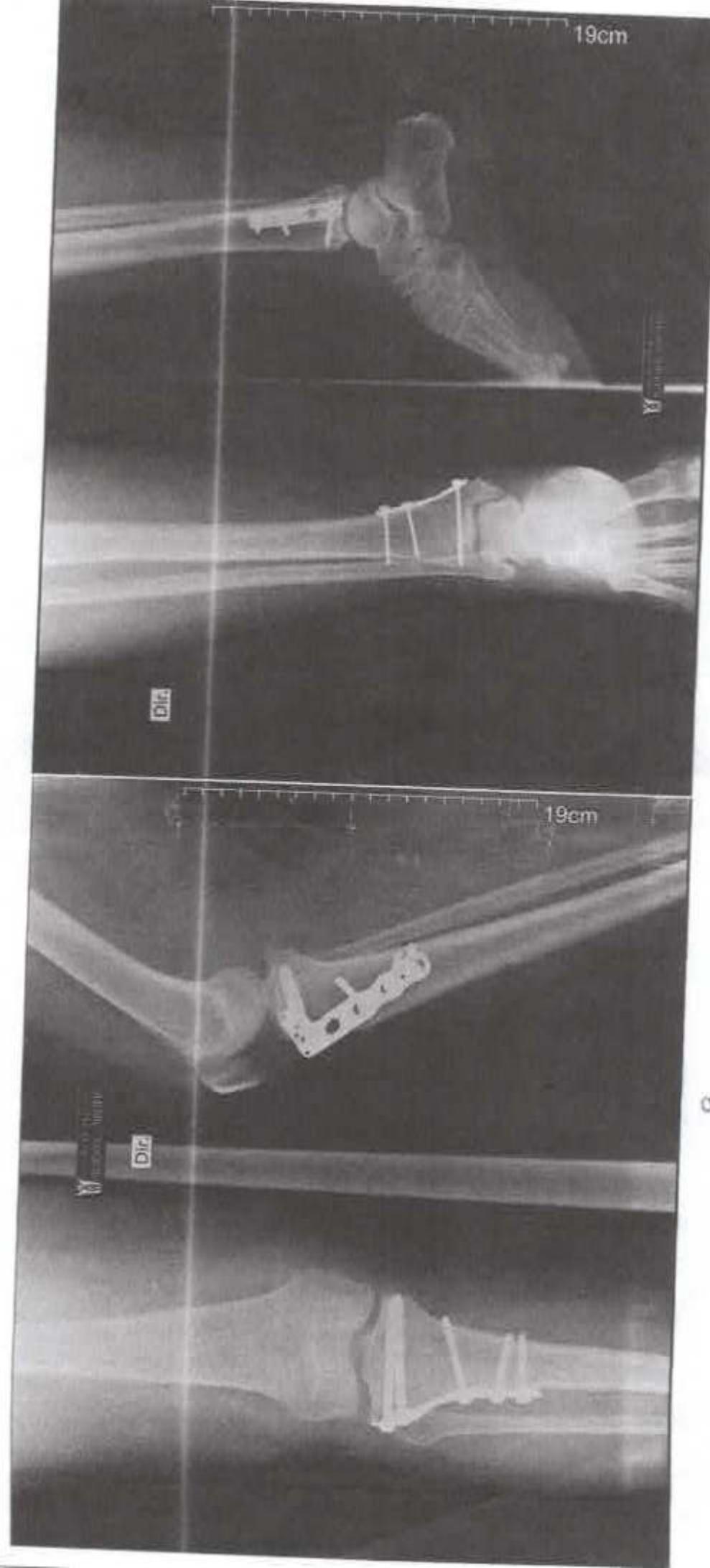
RECIFE-PE

data de enquis.: 03/05/2013
Hora de enquis.: 10:21:30
Índice de enq.: 1551

EDUARDA JORDANIA FERREIRA
Sex: Feminino
Data de nascimento: 05/08/1975
ID: 755994

Horas de atração: 10:25:04

D-769944
Date of transmission: 05/02/1975



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 JUN 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.050-010
TELEFONE

Rua da Aurora, nº 175, sala 300
Rosa Vista - CEP: 50.060-010
TELEFONE: 3222-0010

JOELHUG
AP
W: 4996, L
ID de l'écri

Escale 0.0

W. T. BROWN, JR.

GTR

E-mail: O.O
HJM



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2010

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



AD: 99512545



7214049710 11698 00000252545 30 100519



CTC RECIFE PE PL2
EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
RUA FRANCISCO RABELO 85 CASA
ARRUDA
52120-190 - RECIFE - PE

BAIXE JÁ O
APP MEU TIM



Verde para o Controle.
Digital a faixa 500 MHz
de 0 a 1000 km/h.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000588 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(*). EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA, 42 anos, BRASILEIRA(a), DIVORCIADO(a), RG nº 1933800068 MTPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 834.577.474-15, residente à RUA FRANCISCO RABELO, nº 85, ARRUDA, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/04/2019, por volta das 22:49 hs, no endereço: RUA MANOEL SILVA, S/N, ÁGUA FRIA RECIFE-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(*) EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA, inscrito sob o CPF nº 834.577.474-15 e Registro Geral nº 1933800068, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718066-7 BRANCO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº XXX. Ficou aos cuidados do médico JOÃO PAULO, registro 24793. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/06/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pernambuco.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000588

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-0126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44
05.802.4947/0001-44

**TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016^ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
DP16^ªCIRC DIM/2^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0106001693

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/06/2019 às
15:25

Completa o BO Número: 19E0106001692

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 18/4/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **RUA MANOEL SILVA, 1 - Bairro: FUNDÃO -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: **IRACY FERREIRA DA SILVA** Pai: **EDUARDO LIRA PATRIOTA** Data de
Nascimento: **8/8/1975** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA FRANCISCO RABELO, 85 - CEP: 56866-900 - Bairro: ARRUDA -**
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO** , que estava em
posse do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

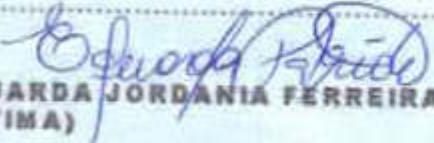
05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 JUN 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

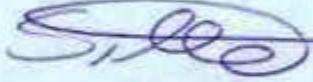
Placa: PFA7230 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMO A VITIMA DESTE BOE QUE NO DIA DO FATO QUANDO ESTAVA ATREVESSANDO A AVENIDA MANGEL SILVA, NO BAIRRO DE FUNDAO, FOI ATROPELADA POR UM DESCONHECIDO NUM MOTOCICLETA DE PLACA PFA-7230, QUE ELE APÓS ATROPELÁ-LA SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE ELA DECLARANTE FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO, ONDE FOI A 2 CIRURGIAS NA PERNAS DIREITA. QUE NAO TEM INFORMAÇÕES SOBRE O ENDEREÇO OU NOME DO DESCONHECIDO.

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


EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATRIOTA
(VITIMA)


B.O. registrado por: SILVANO PEREIRA SOARES - Matrícula: 3848039 

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Ribeirão Preto - CEP: 140.060-010
PE/1111-75



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA - DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0106001692**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/06/2019** às **14:52**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **18/4/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA MANOEL SILVA, 1** - Bairro: **FUNDÃO - RECIFE/PERNAMBUCO / BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **IRACY FERREIRA DA SILVA** Pai: **EDUARDO LIRA PATRIOTA** Data de Nascimento: **5/8/1975** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **RUA FRANCISCO RABELO, 85 - CEP: 55000-000 - Bairro: ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFA7230** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Complemento / Observação

INFORMO A VÍTIMA DESTE BOE QUE NO DIA DO FATO QUANDO ESTAVA ATREVENDO A AVENIDA MANOEL

Jua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
 Rio Vista - CEP: 50.060-010

SILVA, NO BAIRRO DE FUNDAO, FOI ATROPELADA POR UM DESCONHECIDO NUM MOTOCICLETA DE PLACA PFA-7230, QUE ELE APOS ATRPELÁ-LA SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE ELA DECLARANTE FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO, ONDE FOI A 2 CIRURGIAS NA Perna DIREITA. QUE NAO TEM INFORMAÇÕES SOBRE O ENDEREÇO OU NOME DO DESCONHECIDO.

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


EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
(VITIMA)


B.O. registrado por: VALÉRIA DANTAS PONTES - Matrícula: 208583-6

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20 JUN 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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:

83457747415 EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATEIOTA

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUER Nº 415/2012

Nome completo:

EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATEIOTA

CPF: 83457747415

Profissão:

INDEPENDENTE

Endereço:

RUA FRANCISCO RABELO

Número: 85 Complemento: Casa

Bairro:

ARRUDA

Cidade:

RECIFE

Estado:

PE

CEP: 52120190

E-mail:

Tel. (DDD): 9-9891-4606

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OÇÃO 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: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 9805 3 CONTA: 30358 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Sim Não Não pais/avós vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data:

Nome:

CPF:

Ricife 18 de junho de 2019

Assinatura de quem assina a RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: 05.802.494/0001-11

TRÂNSITO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: 70.711.910

Assinatura

Rua da Aurora, 10175, 51.902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-000

Assinatura

REC/EP-PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.

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: 8345774+415 Nome completo da vítima: EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATRIOTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 45/2012

Nome completo: EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATRIOTA CPF: 8345774+415
 Profissão: **AVONDA** Endereço: RUA FRANCISCO RABELO Número: 85 Complemento: **casa**
 Bairro: **ARRUDA** Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52120-190
 E-mail: Tel. (DDD): 9-9891-4606

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECLUSO 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 P/ CUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRASIL**

AGÊNCIA: **9805** CONTA: **30358**
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a regiõe do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a regiõe do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a regiõe do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou Sim Não Vítima deixou Sim Não
 Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? Vida Vivos?

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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Ricife 18 de junho de 2019**
 Nome: **EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATRIOTA**
 CPF: **8345774+415**

Assinatura de quem assina o RGDO
Eduarda Jordânia
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Aassinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: **05.802.494/0001-41**

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTD Assinatura

2º | Nome: **20 JUN 2019**
 CPF: _____

 Rua da Aurora, 10175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-000 Assinatura

RECIFE-PE

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

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