

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246864/19

Vítima: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOT

CPF: 834.577.474-15

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 18/04/2019

Titular do CPF: EDUARDA JORDANIA
FERREIRA PATRIOTA

CPF de: Próprio

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

Data da entrega: 22/07/2019
Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
CPF: 834.577.474-15

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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

Nº 03060009
06
TR 03060009

TRANSFERIDO
HM de Tubo
19/04/2019



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

ETIQUETA
00060009
TR 03060009

1415480		Data e Hora de Atendimento 18/04/2019 23:42		Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL	
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		Cartão SUS:	
		Pai: EDUARDO LYRA PATRIOTA			
Endereço: RUA FRANCISCO RABELO		Número: 85		Complemento:	
Bairro: ARRUDA		UF: PE		Telefone: 96744366	
Cidade: RECIFE				Assistente Social: 96744366	
Ocorrências:				(mãe)	
Motivo do atendimento: ENCM. POR TCE (TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO)					
Procedência: OUTRO HOSPITAL					
Informações do Serviço Social: 19/04/19 - Paciente com histórico de trauma					
Confirmação de nome: Fones:					
Confirmação de endereço:					
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>					
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>					
Outros <input type="checkbox"/>					
Observação:					
História Clínica:					
Paciente vítima de atropelamento por moto, trazida pelos bombeiros com relato de perda de consciência e ingestão alcoólica. Apresenta dor importante + deformidade da coluna em forma de S. Chega seu protocolo de trauma.					
Atendimento Médico					
Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Transporte realizado Por: <input type="checkbox"/>					
Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Solteu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: <input type="checkbox"/>					
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê? <input type="checkbox"/>					
Exame Físico:					
A. Geral: Via aérea está pervia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> D. Paciente está: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>					
RCR, fúrcios de dor, corada, midriatizada, suprimida.					
B. Respiratório: MV + AHT SRA. Não tem fôlego.					
C. Circulatório: PA: X mm Hg Pulso: 110 bpm					
RCR 37 BNF SIS					

Assistente Social
05.802.494/0001-43
TR 03060009
27/04/19

05.802.494/0001-43
TR 03060009
27/04/19

Assistente Social
05.802.494/0001-43
TR 03060009
27/04/19

Assistente Social
05.802.494/0001-43
TR 03060009
27/04/19

D. Exame Neurológico		Deficiência motora		MSE	<input type="checkbox"/> MSE	<input type="checkbox"/> MID	<input checked="" type="checkbox"/> MIE	<input type="checkbox"/> Pupilas	Isocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora						
Score	Horas	Score	Horas	Score	Horas					

ECG 2/5

E. Exposição/Abdômen:

Semigloboso, flácido, indolor à palpação, sem irritação peritoneal.
Delve estável, dolorosa à palpação.

Diagnóstico Inicial

Cod. Procedimento

Conduta:

- 1) Avaliação inicial
- 2) Solicito TAC de crânio e cervical
- 3) Solicito Rx de punha e tornozelo direito
- 4) Rx de quadril esquerdo
- 5) Avaliação de neurologia e de ortopedia

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22.11.19

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010

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:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

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 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-Abr-19

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22.11.19

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Roberto Nakama & Associados
Médico
CRM: 18003

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22.11.19

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010

13/04/19 Tracert 7-00

CP-05.802.494/0001-4
① Transferência para R. de
② Transferência para R. de
③ Transferência para R. de
Dr. Sueli Napoleão
MÉDICO
CRM-21.7472

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22.11.79

Rua da Aurora, Nº 175, 5º Andar, C
Boa Vista - CEP-50.060-010
REC-21.79

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18.11.79

Rua da Aurora, Nº 175, 5º Andar, C
Boa Vista - CEP-50.060-010
REC-21.79

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22.11.79

Rua da Aurora, Nº 175, 5º Andar, C
Boa Vista - CEP-50.060-010
REC-21.79



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

6 - Nº 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) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19.04.19

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

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

19.04.19
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar, Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Assinatura e Carimbo
CPF nº 000.000.000-00
Data: 19/04/2019

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19.04.19
Assinatura e Carimbo
CPF nº 000.000.000-00
Data: 19/04/2019

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

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

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar, Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
19/04/19

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: U0045
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 18/04/2019 23:35 - 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 CONSCIÊNCIA 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: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5

19/04/19

02:00

1) DOR LUMBAR
2) TCC LUM

paciente clinicamente estável, em aa, c/c 15, 18cc/ml
nega dor cervical ou lombar

tc de coluna e coluna cervical: Sem lesões neurológicas
apical

cd: Atte de Neurocirurgia

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19/4/19 07:25

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

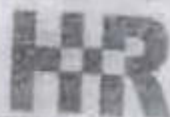
05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Tracção em tração de braço
Angela D. 16/04/19
C. S. R.

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

Data Impressão: 18/04/2019 23:35



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neurocirurgia

Evolução de Enfermagem

PERNAMBUCO

Paciente:

Eduarda Jordani

Data 19/04/2019

Enfermaria:

Leito:

Hipótese Diagnóstica:

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras incoerentes (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incoerentes (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal / descon. (3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão / descon. (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	15

TMM ☐ Sim ☒ Não

Frangul:

A - Perda motora e sensível completa

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

D - Motricidade funcional presente

E - Reflexo sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo☐ TOT☐ TOT☐ Outra

Qual:

Ventilador:

☒ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO

Data:

☐ Zero☒ Via Oral☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO

Eliminação Intestinal:

☒ Normal☐ Diarreia☐ Constipação☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO

Durante o Período:

☐ Espontâneo☐ Dispositivo Unidário☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO

Pele:

☐ Inteira☒ Lesada☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia

Localização:

Quantidade:

Exatidão:

Descrição:

Observações (Sinais / Sinais):

Paciente será transportada p/ Hospital de

Tubo de

Aguardando familiares.

Data:

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras incoerentes (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incoerentes (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal / descon. (3 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão / descon. (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	

TMM ☐ Sim ☐ Não

Frangul:

A - Perda motora e sensível completa

B - Apenas sensibilidade preservada

C - Motricidade não funcional presente

D - Motricidade funcional presente

E - Reflexo sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório: ☐ Espontâneo☐ TOT☐ TOT☐ Outra

Qual:

Ventilador:

☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO

Data:

☐ Zero☐ Via Oral☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO

Eliminação Intestinal:

☐ Normal☐ Diarreia☐ Constipação☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO

Durante o Período:

☐ Espontâneo☐ Dispositivo Unidário☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO☐ SIM☐ NÃO

Pele:

☐ Inteira☐ Lesada☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia☐ Data da Cirurgia

Localização:

Quantidade:

Exatidão:

Descrição:

Observações (Sinais / Sinais):

Data:

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDARua da Aurora, Nº 125, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.065-000
RECIFE-PE05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDARua da Aurora, Nº 125, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.065-000
RECIFE-PE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Eduardo Jondani F. Petrucci
Enf / Leito: 1645480
Registro: 1645480

DIA: 20/04/19		DIA: 20/04/19		DIA: 20/04/19		DIA: 20/04/19	
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18
21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06
09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18
21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06
12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06

DIA: 20/04/19		DIA: 20/04/19		DIA: 20/04/19		DIA: 20/04/19	
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18
21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06
09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18
21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06
12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06

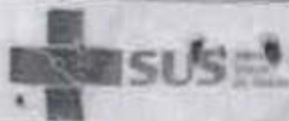
Assinatura do Enfermeiro: [Assinatura]
Data: 20/04/19

Assinatura do Médico: [Assinatura]
Data: 20/04/19

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	45						
16							
22							
10	18						
16							
22							
10	30						
16							
22							
10	120 x 70						
16							
22							

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
20/04/19
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM: [Assinatura]
Data: 20/04/19
Cod. 0172



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 de Jesus Pereira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1415480

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de tornozelo direito

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Exatidão do diagnóstico

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Stanley Napoleão

MÉDICO

CRM-PI 7472

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

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

18.11.79

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

PROFISSIONAL SOLICITANTE

22.11.79

Rua da Aurora, 175, 902 BL. C

504 VILA - CEP: 50.069-010

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19 104 19

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

Dr. Stanley Napoleão

MÉDICO

CRM-PI 7472

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 1

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

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

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

NOME: Eduarda Jordania Ferreira Patruoca

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: 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 tíbia.

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

MÉDICO: Carlos Cândido

CREMEPE: 18336

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 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

18 JUN 2019

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

Av. Gen. Manoel Rabelo • 401E • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (81) 3482.9888 • www.hmpe.com.br

Dr. Carlos Cândido Filho
Ortopedia - Tração da tíbia
CRM-PE 6048 - RCT 17125
MÉDICO

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

S-965446

26

Sumário de Admissão e Alta

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Prontuário: 766994

Atendimento: 211696

Unidade de Internação:

CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 13 - LEITO 04

CID: S821

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico):

FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

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

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. 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 Órtese
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

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

Diagnóstico Principal: S821 - 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

22 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 JUN 2019

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

HENRIQUE FERREIRA WAGNER

CRM: 27535

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

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54180-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmfpe.org

JUSTIFICATIVA POR MOTIVO DE REOPERAÇÃO PARA:

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

20

Reiniciado em seu 2º tempo
ligamentar, foi realizado o T
Cirurgia Artro do Alanto tibial
Direito + Colocação de placas e parafusos
+ Exploração Articular.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 JUL 2019

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

Carla de Souza - FJL
GOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell Dourado
Médica Auditora/SUS - CRM: 8922
CPF: 298.725.884-49

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1º JUL 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 JUL 2019

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



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	Nº Prontuário			
EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA	766994			
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor	Etnia
703800035337234	05/08/1975	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
Nome da Mãe	Telefone de contato			
IRACY FERREIRA DA SILVA				
Nome Responsável				
IRACY FERREIRA DA SILVA				
Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
RUA FRANCISCO RABELO, 65 - AGUA FRIA				
Município	ISGE	UF	CEP	
RECIFE	261160	PE	52120190	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Paciente com fratura de plato + fratura de maxila medial

Condições que justificam a internação

Principais Resultados de Provas Diagnósticas

Diagnóstico Inicial / Código

01 - Fratura de plato + maxila medial

CID 10 Principal CID 10 Secundário CID 10 Causas Associadas

Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Clinica

Caráter da Internação

Documento

Nº do Documento

CNS/CPF do Profissional Solicitante/Assistente

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

Data da Solicitação

Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trânsito

() Acidente Trabalho Típico

() Acidente Trabalho Trajetado

Vínculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador

Cod. Órgão Emissor

Documento

Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

Data da Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)

RECIFE-PE

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Prontuário: 766994

Afandimento: 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: 24/04/2019

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. Instrumentação:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

05. Anestesia:

06. Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPTIZAÇÃO ANTISSEPSIA
APOSTOLOS DE CAMPOS ESTEREIS
INCISÃO ANTERO-LATERAL EM JOELHO DTR
ABERTURA POR PLANOS
LOCALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA
ALINHAMENTO DO SEGMENTO FRATURÁRIO
COLOCAÇÃO DE PLACA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
LIGAMENTO COM SF0,9%
CURA
PROCEDIMENTO REALIZADO COM AUXÍLIO DE FLUOROSCOPIA

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 de Maio

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

Dr. Leonardo Costa Gonçalves de Oliveira
Médico
CRM: 23550

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 de Maio

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

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 de Maio

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

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

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 85, RECIFE - PE

Prescrição: PARACETAMOL + CODEINA (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 JUN 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 JUN 2019

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

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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org

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

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

Código

F.AT.SAM.01

Revisão

00

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

NOME: Eduarda Jordania Ferreira Patriota

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

RG: 4.641.524 ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

ENDEREÇO: Rua Francisco Rabelo - Agua Fria Nº 85 Recife - Pe

NOME DA MÃE: _____

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

DATA DO PROCEDIMENTO: 22/04/2019 CID: S825

DIAGNÓSTICO: Fratura do Pito Tibial D

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico Fratura tibial Direta + Exploração Articular do tornozelo.

MÉDICO: Leonardo Lima

CREMEPE: 16118

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

JABOATÃO DOS GURARAPES, 05 DE junho DE 2019.

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

Dr. Carlos Cláudio Filho
Ortopedista - Especialista em Joelho
CRM: 153.129.674-50
CRM-PE 19451-TEC 13126

MÉDICO

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

Sumário de Admissão e Alta

S-563770

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Prontuário: 266994

Assadimento: 211245

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 13 - LEITO 04

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico):

FRATURA DE MALEOLO

CID: S82.5

Procedimento Solicitado:

Tempo de permanência Previsto:

04/50/100 RZ

Procedimento SUS Realizado:

0408050543 → Frat. piléstica DD + 0408060123 →
Explorac. articular

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRÉ 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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 III 719

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

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
22 III 719
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Diagnóstico Principal: S82.5 - FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 19/04/2019

Data da Alta: 24/04/19

Dias de Hospitalização:

dia (s).

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 III 719

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 719

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

ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

CRM: 20022




 Ministério da Saúde
 Secretaria de Saúde
 Pernambuco

 LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
 DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		0000855	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente		5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - NOME DO PACIENTE Gerarda Jordânia Figueira Potier		167555	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DO NASCIMENTO	
		05/08/75	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL TRACY FERREIRA DA SILVA		9 - SEXO	
		Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	
12 - ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Rua Francisco Balduino - Amadeu			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Recife		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
		15 - CEP	
		716	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Mostra sintomas ortopédicos com um período de 2 meses de + trauma drástico.			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Análise			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Exame clínico + Exame			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID-10 PRINCIPAL	
Fratura fechada de fêmur			
22 - CID-10 SECUNDÁRIO		23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Transferência hospitalar		25 - Cód. DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
Transferência	Eletrônica	() CNS (X) CPF	0124811814113591
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Dr. Stanley Napoleão MÉDICO CRM-PE 7472		19/04/19	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Dr. Stanley Napoleão MÉDICO CRM-PE 7472		Dr. Stanley Napoleão MÉDICO CRM-PE 7472	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /		Secretaria de Saúde - SUS GOS - Gerência de Controle e Avaliação Maria Cecília Mac Dowall Medicina Autorizadora SUS - CRM: 8922 CPF: 298.725.884-49	
		51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 05.802.494/0001 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 20 JUN 7 19 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C Rua Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE	

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:

Conjuga:

Estado Civil:

Cartão SUS: 703600035337234

Nome de 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

CID:

STÓRIA 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 FISICO GERAL:

EG BOM. EUNEICA, AFEBRIL, NORMOCORADA, HIDRATADA

AP - CARDIO - VASCULAR:

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

AP - RESPIRATORIO:

MV NORMAIS S/ADVENTICIOS

ABDOMEN:

ACIDO INDOLOR. RHA(+)

GENITO - URINARIO:

DIURESE ESPONTANEA

OUTROS:

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE PLATO TIBIAL D + FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

19 JUN 2019

JANIO JOSE CARRAZONE DE ANDRADE - CRM: 6785

Janio José Carrazone de Andrade
Médico
CRM: 6785

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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org

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

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: S825 - FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ; *Diga Fratura do PMA TIBIAL DIREITO*

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE MALEOLO MEDIAL ; *Diga PMA TIBIAL DIREITO*
EXPLORAÇÃO ARTICULAR DO TORNZELO (*unilateral*)

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 ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
ROTINA ASSEPTICA
INCISÃO LONGITUDINAL SOBRE MALEOLO MEDIAL DIREITO
ABERTURA POR PLANOS
VISUALIZAÇÃO DE FOCO DE FRATURA ARTICULAR
EXPLORAÇÃO ARTICULAR DO TORNZELO + LIMPEZA COM SF 0,9%
REDUÇÃO DE FRATURA O MAIS ANATOMICO POSSIVEL
FIXAÇÃO COM 01 PLACA TERÇO DE CANO 4 FUROS + 03 PARAFUSOS CORTICAIS
COM COMPRESSÃO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR
MANIPULAÇÃO ARTICULAR DE TORNZELO SEM LIMITAÇÃO
FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO JONES

OBS: PROCEDIMENTO REALIZADO SOB CONTROLE RADIOLOGICO

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscoopia
CRM 16114 - SDO 12003 AD 41819

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho / Artroscoopia
CRM 16114 - SDO 12003 AD 41819

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

CRM: 20022

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

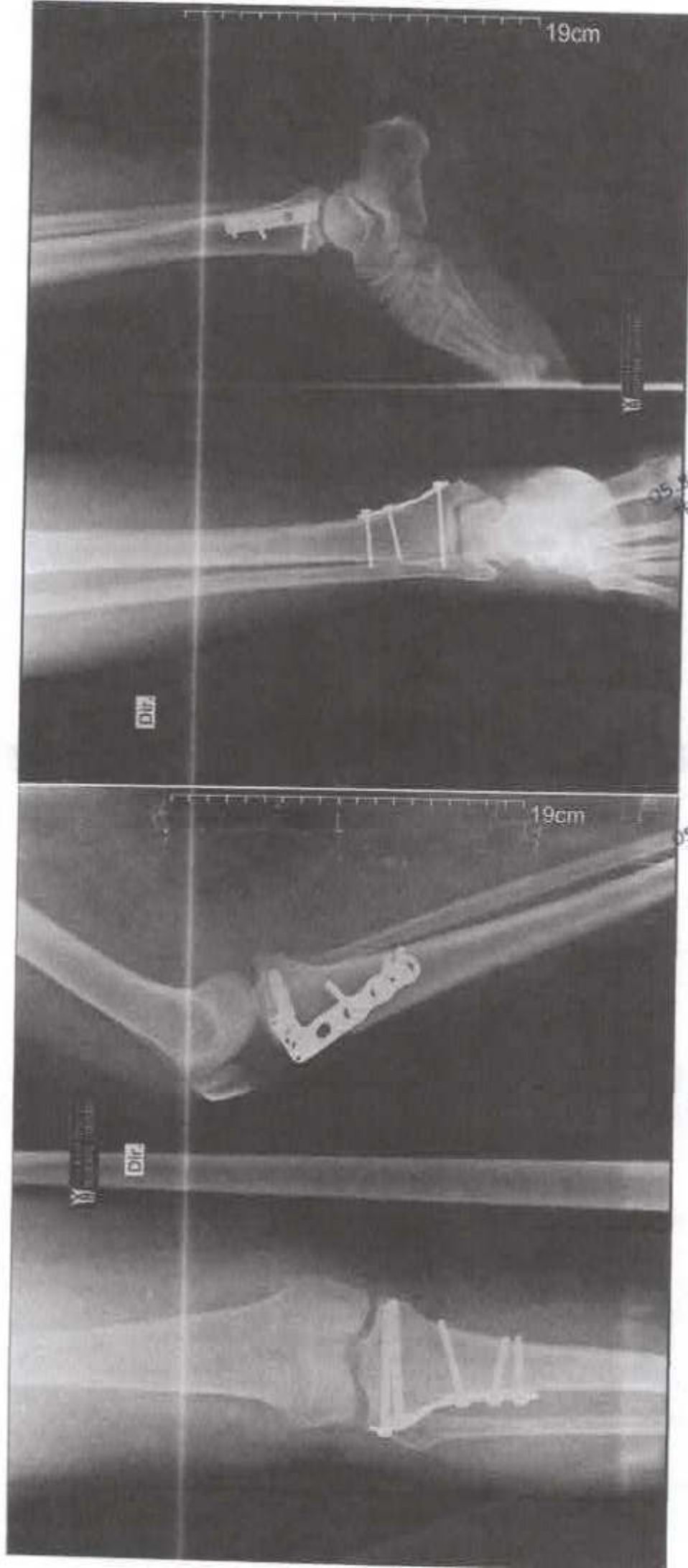
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUL 2019

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

Sex: FERNINING
Data de aquisição: 05/08/1975
Hora de aquisição: 10:21:30
ID: 766994.....

Sex: FERNINING
Data de aquisição: 05/08/1975
Hora de aquisição: 10:20:04
ID: 766994.....



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
22 JUL 2019
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
18 JUL 2019
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
20 JUL 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

JOELHO
AP
W: 4095, L: 2043
ID de técnico: admin

Escala: 0,0
HMJ

14cm

14cm

14cm

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

RG
1421800629

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

DOC. IDENTIDADE - DES. BRASIL - PE
1911800068 MT PE

CPF
834.577.474-15

DATA NASCIMENTO
05/08/1975

PLACAC
EDUARDO LIRA PATRIOTA

TRACY FERREIRA DA SILVA

PROFISSÃO
0000000000

ACQ
00000000

DATA EMISSÃO
09/04/2017

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
04/04/2017

PERNAMBUCO

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

22 JUN 2019

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

05.802.494/0001-41
 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 JUN 2019

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



AD: 99512545



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



7214048716 11598 00000252545 30 100519

BAIXE JÁ O
APP MEU TIM



Venha para o Centro
Digital e tenha 500 MB
de Bônus todo mês.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 JUN 2019

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

05.802.494/0001-41
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

19 JUN 2019

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

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESAPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

RF do segurado ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

83457747415

EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATRIOTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES GERAIS DA SEGURANÇA DE RENDA MENSAL DA VÍTIMA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 458/2012

Nome completo:

EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATRIOTA

83457741415

Profissão: AUTÔNOMA

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).

RECEITA MENSAL:

☐ RECLAMAR INFORMAÇÃO

☐ 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 POUPEIRA (Somente para os bancos listados. Anote a opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRASIL

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)

Antes de assinar a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo 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 COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de período.

Pelo motivo acima, 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 automatar à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação 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 tenha filhos, informar quantos:

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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 àqueles beneficiários que se inscreverem em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alteração ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Local e Data:

Recife 18 de Junho de 2019

Nome:

CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

2ª | Nome:

CPF:

3ª | Nome:

CPF:

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá assinar sobre o presente formulário, a seu nome, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão n° 2019APH000588 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA, 42 anos, BRASILEIRA(a), DIVORCIADO(a), RG n° 1933800068 MTPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF n° 834.577.474-15, residente à RUA FRANCISCO RABELO, n° 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(ª) EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA, inscrito sob o CPF n° 834.577.474-15 e Registro Geral ° 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 n° 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.pe.gov.br/>, consultor protocolo n° 2019APH000588

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 JUL 2019

Rua 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 JUL 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

☐ MORTUARY

CPF da vítima: 83457747415 Nome completo da vítima: EDUARDA JORNÂNIA FERREIRA PATRISTO

8345774415

Número:	85	Complemento:	Caja
---------	----	--------------	------

Estadon	FE	52120190
---------	----	----------

E-mail: TEL (MOB): 9-9891-4606

☐ \$57.001.00, A\$5 \$5.10-000.00

ACIMA DE R\$ 100,00 LEG. URB.

☒ CONTA CORRENTE (Saldo em favor)

Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 9805 3 CONTA: 30358 5

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INIL - 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 reconhecimento de incapacidade do Saneamento Básico (SAB) por invalidez permanente, uma vez que assinador uma das opções.

☐ Não há IMV que atenda a região do acidente ou de minha residência, ou

☐ O IMV que atende a região do acidente ou de minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT ou

☒ O IMV que atende a região do acidente ou de minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias.

Pelo motivo suscitado, solicita o encaminhamento de análise do meu perfil de indenização do Seguro DPVAX, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Uter para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNIDADE BENEFICIÁRIA – FREQUÊNCIA SEMINTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (ou Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separeado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
-------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	--	--------------------------------	--------------------------

Gravidez precedida por aborto com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---	---	--

Vltima leve filloz? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nko	Se tinha filloz, informar quantos: Vivos: <input type="checkbox"/> Filloz: <input type="checkbox"/>	Vltima deliqu residuo foi nancio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nko	Vltima deliqu paz/vlido vltos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Nko
---	--	--	---

Estima dante de que a Seguradora Lial pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se encontravam em esta condição, saliente dante, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento por danos, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Sicupé 18 de junho de 2017
 Nome: _____
 Ass: _____

11/11/2017 14:00:00

Assinatura do(s) representante(s) (declarante)

FESTIVALINGHAS

14.1 Normen

1

05.802.494/0001-11

~~TRADE CORSETING~~

DE SEGUROS LTDA.

291

OFF: 70 JUL 1964

Call today! Toll-free 800-775-9102

[illegible]

HQ#

1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 26

are presented as means \pm standard error for

TECHNICAL ASSISTANCE TO THE
GOVERNMENT OF THE STATE OF TEXAS

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

#45-011 VODS/2018

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



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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: FUNDAO -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: IRACY FERREIRA DA SILVA Pai: EDUARDO LIRA PATRIOTA Data de
Nascimento: 8/3/1973 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 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em
posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto
apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 6 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

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

22 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

12/06/2019 15:17

Placa: PFA7238 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

.....
INFORMO A VITIMA DESTE BOE QUE NO DIA DO FATO QUANDO ESTAVA ATREVESSANDO A AVENIDA MANOEL SILVA, NO BAIRRO DE FUNDÃO, FOI ATROPELADA POR UM DESCONHECIDO NUM MOTOCICLETA DE PLACA PFA-7238, 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 JABOATÃO, ONDE FOI A 2 CIRURGIAS NA PERNA DIREITA. QUE NÃO 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:  SILVANO PEREIRA SOARES - Matrícula: 324283205.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

18 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUL 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
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA - DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **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: FUNDAO - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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 (VEICULO) 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

Complemento / Observação

INFORMO A VITIMA DESTE BOE QUE NO DIA DO FATO QUANDO ESTAVA ATREVESSANDO A AVENIDA MANOEL

RECIFE-PE

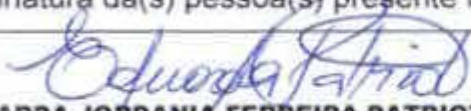
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
22 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

18 JUN 2019

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

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 JABOATAO, 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: **VALERIA DANTAS PONTES** - Matrícula: **208583-6**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 R 11/11 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 11/11 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 11/11 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

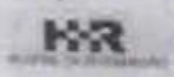
AGÊNCIA: 02805-3

CONTA: 000000030358-5

Nr. da Autenticação 9E856D51CD34EDAF

Nº 03066029
 06
 12/03/2020 200

TRANSFERIDO
 HM de Abacaxis
 19/04/2019 11:11



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
 Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

ETIQUETA
 03066029
 12/03/2020 200

1415480		Data e Hora de Atendimento: 18/04/2019 23:42		Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL	
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		Número 85		Complemento:	
Bairro: ARRUDA		UF: PE		Telefone: 96744366	
Cidade: RECIFE				10 Iracy Silva (mãe)	
Ocorrências:					
Motivo do atendimento: ENCM. POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)					
Procedência: OUTRO HOSPITAL					
Informações do Serviço Social: 19/04/19 - Paciente com vínculos familiares.					
Confirmação de nome		Fones:		Assistente Social	
Confirmação de endereço				G. Barbosa	
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. Público <input type="checkbox"/>					
Outros <input type="checkbox"/>					
Observação:					
<p>História Clínica:</p> <p>Paciente vítima de atropelamento por moto, trazida pelas bombeiros com relato de perda de consciência e ingestão alcoólica. Apresenta dor importante + deformidade de tórax com uma fratura @. Chega em protocolo de trauma.</p>					
<p>Atendimento Médico</p> <p>Perda de consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Transporte realizado Por: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: <input type="checkbox"/></p> <p>Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Que? <input type="checkbox"/></p>					
<p>Exame Físico:</p> <p>A. Geral: Via aérea está pervia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tórax: <input type="checkbox"/></p> <p>RRA, fúrcos de dor, corado, hidratado, eupneia.</p>					
<p>B. Respiratório: MM + AHT SRA. Nem dor torácica</p>					
<p>C. Circulatório: PA X mm Pulso: 110 bpm</p>					
<p>RGR 2T BNF SIS</p>					

19/04/19
 19/04/19
 19/04/19

D. Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input checked="" type="checkbox"/>		Pupilas	Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora			
Escote: _____ Hora: _____	Escote: _____ Hora: _____	Escote: _____ Hora: _____			

ECG: 1/5

E. Exposição/Abdômen

Semigloboso, flácido, indolor à palpação, sem irritação peritoneal.
Deve estar indolor à palpação.

Diagnóstico Inicial:

Cod. Procedimento

Condição

- 1) Avaliação inicial
- 2) Solicito TAC do crânio e cervical
- 3) Solicito Rx de punho e tornozelo direito
- 4) Alta de acompanhamento geral
- 5) Indicação de neurologia e de ortopedia

Ass. Médico

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:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

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 nosocômio, 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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

27 JUN 7-11

Rua da Aurora, nº 775, SL 902 BL 1
Bom Vista - CEP: 50.050-010
RECIFE-PE

Roberto Magalhães B. Monteiro
Médico
CRM: 18020

19/04/19 Tracat - 7:20

1) 05/04/19 - m. R. a
2) 05/04/19 - m. R. a
3) 05/04/19 - m. R. a
Dr. Sérgio Napoleão
MÉDICO
CRM-PI 7472

05.802.494/0001-47
TRACAT COSELTORA
DE SEGUROS LTDA

20/04/19

Rua da Aurora, 1817, 51.902-81, C
RUA VISTA - CEP 50.200-000
FONE 34

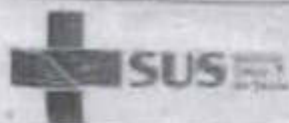
Registro de Enfermagem

Paciente: _____

Leito: _____

Plantão Diurno Data: 18/04/2019 Post: EGE, residentes diurnos, em número noite (H/D), diurnos suplente, número de indicação: (diurnos) ajustando para líder de mesmo horário de 00:00 até 06:00	Plantão Diurno Data: / /	Plantão Diurno Data: / /	Plantão Diurno Data: / /	Plantão Diurno Data: / /
Ass. Tec/Aux: _____ Ass. Tec/Aux: _____	Ass. Tec/Aux: _____ Ass. Tec/Aux: _____	Ass. Tec/Aux: _____ Ass. Tec/Aux: _____	Ass. Tec/Aux: _____ Ass. Tec/Aux: _____	Ass. Tec/Aux: _____ Ass. Tec/Aux: _____

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
CNPJ 07
Rua da Aurora, 155 - 1º andar - São Paulo - SP - 05001-000
011-5080-412 - 011-5080-413



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

Edna Maria Fereira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de mamã

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de cervic

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

TC de mamã + ped de cesárea

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19.06.19

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

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

Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

05.802.494/0001-4
TRAÇÃO COBRETORA
DE PROFISSIONAL

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

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

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RUA DA AMOR, Nº 175-42 90111-100
90111-100 - Fone: (51) 3091-1000

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 23:35 - 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 CRANIOENCEFALICO

Discriminador(es): - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

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

19/04/19

REVER #1

03:00

1) Polihemia

2) TCE leve

paciente clinicamente estável, em via, ECG 15, 18cc/ml
nega dor cervical ou lombar.

te de neuro e coluna cervical. Sem lesões neurológicas
agudas.

cd: Alta de Neurocirurgia

Dr. Carlos Alberto Borges
CRM: 27.248

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRIGIDA
DE SEGUROS LTDA

20/04/19

Rua da Aurora, 100, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350, 360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450, 460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550, 560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750, 760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850, 860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950, 960, 970, 980, 990, 1000

19/04/19 07:00

atende

Tracão em via: 15, 18cc/ml
Angela D. J. D. e
Dr. R.

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

Data Impressão: 18/04/2019 23:35



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neurocirurgia

Evolução de Enfermagem

PERNAMBUCO

Paciente: Eduarda Jordana Data: 19/04/2019

Enfermagem: _____ Leito: _____ Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversante (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversante (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras incoerentes (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incoerentes (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ locutor (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decurt. 33 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (desconhec.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	15

TMM ☐ Sim ☒ Não ☐ Freqüência: _____
 A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
 D - Motricidade funcional presente E - Reflexo sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório: Normal ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros: _____
 Ventilação: SP ☐ AVC ☐ JI ☐ Sem Apoio

Dieta: ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ SNG ☐ SNG ☐ SNG ☐ SNG
 Eliminação Intestinal: Normal ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Hematúria

Curativos: Normal ☐ Dispositivo Unidário ☐ SNA ☐ SVO ☐ SVO ☐ SVO ☐ SVO ☐ SVO
 Feridas: ☐ Integras ☐ Lesionadas

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____ ☐ Úlcera de decúbito
 Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____
 Quedas: _____
 Exatidão: _____
 Perceção: _____
 Observações: Estável, ECG is, fala gessada em mld.
Paciente será transportada p/ Hospital de
Jaboatão. Acompanhando familiar.

Data: _____ / _____ / _____

Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Orientado / Conversante (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversante (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras incoerentes (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incoerentes (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - s/ locutor (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (decurt. 33 pts.) <input type="checkbox"/> Extensão (desconhec.) (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	

TMM ☐ Sim ☐ Não ☐ Freqüência: _____
 A - Perda motora e sensitiva completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
 D - Motricidade funcional presente E - Reflexo sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório: ☐ Normal ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros: _____
 Ventilação: ☐ AVP ☐ AVC ☐ JI ☐ Sem Apoio

Dieta: ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ SNG ☐ SNG ☐ SNG ☐ SNG
 Eliminação Intestinal: ☐ Normal ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Hematúria

Curativos: ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Unidário ☐ SNA ☐ SVO ☐ SVO ☐ SVO ☐ SVO ☐ SVO
 Feridas: ☐ Integras ☐ Lesionadas

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____ ☐ Úlcera de decúbito
 Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____
 Quedas: _____
 Exatidão: _____
 Perceção: _____
 Observações: Estável, ECG is, fala gessada em mld.
Paciente será transportada p/ Hospital de
Jaboatão. Acompanhando familiar.

05.802.494/0801-43
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 20/04/2019
 Rua da Justiça, nº 175, 51.402-000
 São Paulo - SP - 05050-010
 Fone: (11) 3111-1111

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Edsondo Jondans F. Patrício
Enf / Leito: Repietro: 141540

DIA: 20/04/19		DIA: _____		DIA: _____		DIA: _____	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
() Administração de sinais vitais (3 vezes ao dia)		10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)		09	09	09	09	09	09
() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)		09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)		09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)		09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
() Cateterismo Intestinal (6 em 6 horas e se necessário)		12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS

Frequência Cardíaca

Frequência Respiratória

Temperatura

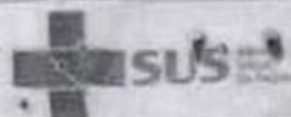
Pressão Arterial

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	95				
16					
22					
10	18				
16					
22					
10	36.6				
16					
22					
10	120 x 70				
16					
22					

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

União Alves do São
114 PE 111 485 E

COD 0172



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 de Jesus Pereira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1415480

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de tomografia dentária

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Exatidão do diagnóstico

05.802.494/0001-1
TRACÇÃO CORRETIVA
DE SEQUESTRITOS

20 JUN 79

Rua da Aurora, 1415, 51º 902 BL. C
BOA VISTA - CEP 51.020-010

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Stanley Napoleão
MÉDICO

CRM-P 7472

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

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19 104 19

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

Dr. Stanley Napoleão
MÉDICO
CRM-P 7472

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

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

NOME: Eduanda Jordania Ferreira Patrota

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: 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 tíbia.

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

MÉDICO: Carlos Cândido

CREMEPE: 18336

JABOATÃO DOS GURARAPES, 05 DE Junho DE 2019.

Dr. Carlos Cândido Filho
Ortopedia-Ortopedista
CRM-PE 6348 - RFO 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: 756994

Atendimento: 211896

Unidade de Internação:

CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 13 - LEITO 04

CID: S821

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

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

01. Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO
02. 1. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA
2. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA
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 - 8h

☒ Uso de Prótese Órtese
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

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

Diagnóstico Principal: S821 - 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

05.807.704/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Rua Vitor - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54180-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org

JUSTIFICATIVA POR MOTIVO DE REOPERAÇÃO PARA:

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Revisão em seu 2º tempo
ligamento, foi realizado o 1º
ligamento fixação do fêmur tibial
Direito + colocação de placa e parafusos
+ Exploração Articular.

Dr. [Assinatura]

Secretaria de Saúde - FJISPE
GOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowall Dourado
Médica 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



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA			Nº Prontuário	766994
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor	Etnia	
703600035337234	05/06/1975	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
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	IBGE	UF	CEP		
RECIFE	261160	PE	52120190		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Paciente com fratura de plato tibial
+ melhora med. cl.

Condições que justificam a internação

(1) Fratura

Principais Resultados de Provas Diagnósticas

Resposta

Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
(1) Fratura de plato + melhora med. cl.			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Procedimento		
Clínica	Caráter da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
		() CNS () CPF	
Assinatura do Profissional Solicitante/Assistente	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)	
	24/04/2019		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
() Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO
() Acidente Trabalho Trajeto			

Vínculo com a Previdência

() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado
---------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	Cód. Órgão Emissor	Nº da Autorização de Internação
MARIA CECILIA MAC DOWELL		802.494/000111
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
(X) CNS () CPF	20153335680007	20 JUN 2019
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
	Maria Cecília Mac Dowell Dourado Auditora/SUS - CRM: 8922 CPF: 798.725.884-49	Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Prontuário: 766994

Atendimento: 211896

Unidade de Internação / Leito: ENF 13 - LEITO 04

Sexo: Feminino

Idade: 43 Anos, 8 Meses e 19 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 3408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL 04.08.05.055-1

EXPLORAÇÃO ARTIMAN (04.08.06.012-3)

Data: 24/04/2019

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. Instrumentação:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

05. Anestesia:

06. Anestesiologista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEP: ANTISSEP
APOSI: DE CAMPOS ESTERILIS
INCL: ANTERO-LATERAL EM JOELHO DIR
ABET: A POR PLANOS
IZACAO DO FOCO DE FRATURA
AO DO SEGMENTO FRATURARIO
CAO DE PLACA E FIXACAO COM PARAFUSOS
GEM COM SFD,9%
URA
RATIVO
PROCEDIMENTO REALIZADO COM AUXILIO DE FLUOROSCOPIA

Dr. Leonnardo Costa Gonçalves de Oliveira
Médico
CRM: 23550

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

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

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 85, RECIFE - PE	
Prescrição: PARACETAMOL + CODEINA (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.:	

*Dra. Maria Aparecida Lira
CRM: 18806
25/04/2019*

Identificação do Fornecedor	
Ass. do Farmacêutico	
Data: / /	

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

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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

Código

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

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

NOME: Eduarda Jondania Ferreira Patriota

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

RG: 4.641.524 ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

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

NOME DA MÃE: _____

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

DATA DO PROCEDIMENTO: 22/04/2019 CID: S825

DIAGNÓSTICO: Fratura do Pito Tibial D

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico Fratura tibial Direita + Exploração Articular do tornozelo.

MÉDICO:

Leonardo Lima

CREMEPE:

16118

JABOATÃO DOS GUARAPES, 05 DE junho DE 2019.

Dr. Carlos Cláudio Vilho
Ortopedista - Ortopedia do Joelho
C.R.E. 153.691/50
CRM-PE 19481-TEC 13126

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

5-563770

10

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Prontuário: 566994

Idadimento: 211245

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Feminino

Leito: ENF 13 - LEITO 04

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

CID: S825

Procedimento Solicitado:

Tempo de permanência Previsto:

0415010012

Procedimento SUS Realizado:

0408050543 → Frat. pilonária DD + 0408060123 →
Exploração 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.

Assinatura do Médico - R. J. L. S.
Dr. André Luiz Adolfo Moreira da Silva
Médico Assistente em Ortopedia
CRM: 20022

Diagnóstico Principal: S825 - FRATURA DO MALEOLO MEDIAL

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Reopen

Data de Internação: 19/04/2019

Data da Alta: 24/04/19

Dias de Hospitalização:

dia (s).

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

ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

CRM: 20022



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:

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

CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

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

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA HAS, NEGA D. MELLITUS + EPILEPTICA

EXAME FISICO GERAL:

EG BOM EUNEICA, AFEBRIL, NORMOCORADA, HIDRATADA

AP - CARDIO - VASCULAR:

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

AP - RESPIRATORIO:

MV NORMAIS S/ADVENTICIOS

ABDOMEN:

ACIDO INDOLOR, RHA(+)

GENITO - URINARIO:

DIURESE ESPONTANEA

OUTROS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE PLATO TIBIAL D + FRATURA DE TORNÓZELO DIREITO

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

JANIO JOSE CARRAZONE DE ANDRADE - CRM: 6785

Janio José Carrazone de Andrade

Médico

CRM: 6785

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjp.org

RECIFE-PE

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: S825 - FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL

; Dito Fratura do Pênis Tibial Direito

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE MALEOLO MEDIAL ; Dito Pênis Tibial Direito
EXPLORAÇÃO ARTICULAR DO TORNZELO (metodo artroscopico)

Data: 22/04/2019

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

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

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

06. Anestesia:

07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho - Artroscopia
CRM 16116 - SSO 12003 AD 41816

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
ROTINA ASSEPTICA
INCISÃO LONGITUDINAL SOBRE MALEOLO MEDIAL DIREITO
ABERTURA POR PLANOS
VISUALIZAÇÃO DE FOCO DE FRATURA ARTICULAR
EXPLORAÇÃO ARTICULAR DO TORNZELO + LIMPEZA COM SF 0,9%
REDUÇÃO DE FRATURA O MAIS ANATOMICO POSSIVEL
FIXAÇÃO COM 01 PLACA TERÇO DE CANO 4 FUROS + 03 PARAFUSOS CORTICAIS
COM COMPRESSÃO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR
MANIPULAÇÃO ARTICULAR DE TORNZELO SEM LIMITAÇÃO
FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO JONES

OBS: PROCEDIMENTO REALIZADO SOB CONTROLE RADIOLOGICO

Dr. Leonardo Silveira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho - Artroscopia
CRM 16116 - SSO 12003 AD 41816

André Luiz Adolfo Moreira da Silva
ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

CRM: 20022

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

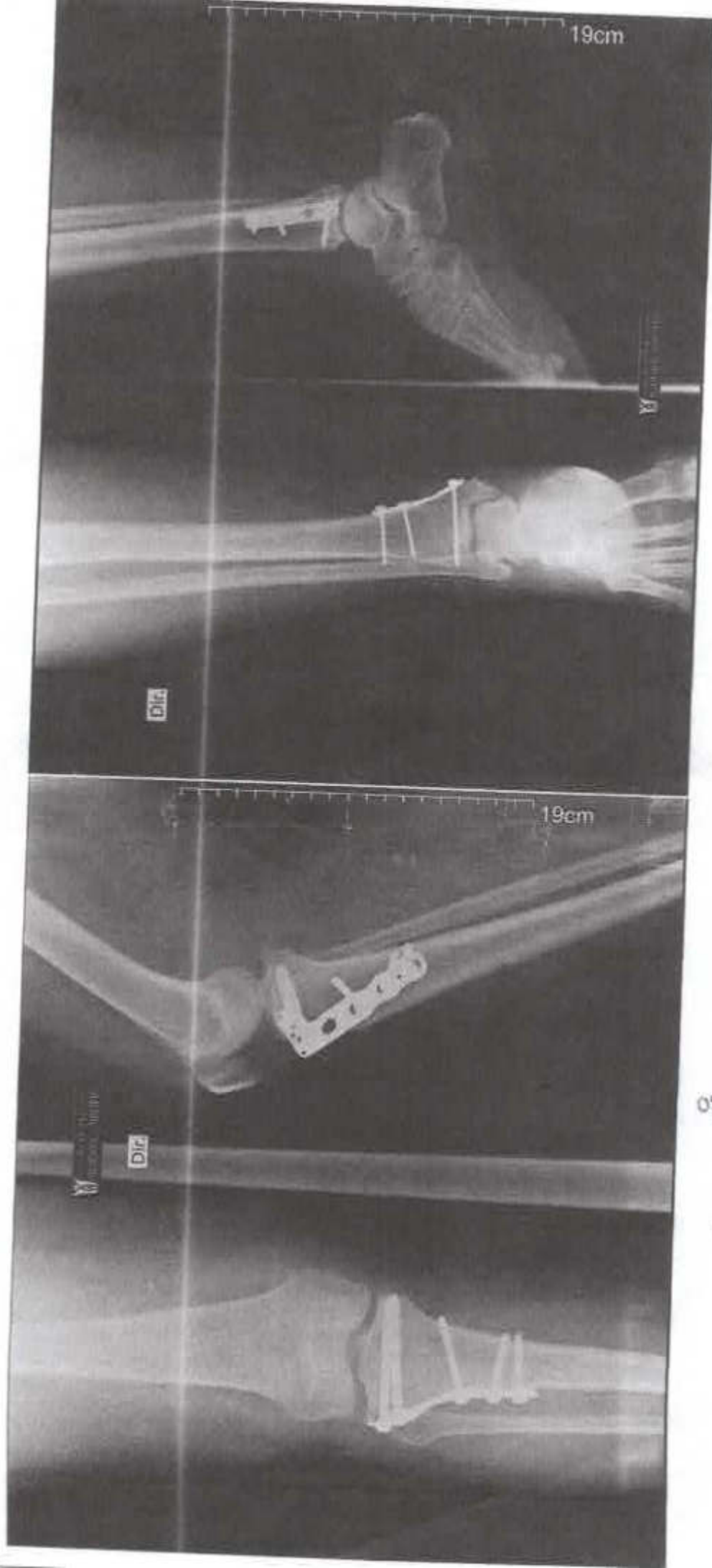
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Sex: Feminino
Data de nascimento: 05/08/1975
ID: 765994.....
Hora de aquis.: 10:20:04
Indica de exp.: 1665
Data de aquis.: 08/05/2019
Hora de aquis.: 10:21:30
Indica de exp.: 1551

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRICIA,,
Sex: Feminino
Data de nascimento: 05/08/1975
ID: 765994.....



JOELHO

AP

W: 4096, L: 2043

ID de técnico: admin

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

TORNOZELO

AP

W: 4096, L: 2043

ID de técnico: admin

14cm

Escala: 0.0
HMJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 GOVERNAMENTO DO DISTRITO FEDERAL
 GOVERNAMENTO DO RIO DE JANEIRO

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1421800629

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

DOC. IDENTIFIC. / CDD. EMISSOR: UF
 1933800068 MT PE

CPF: 834.577.474-15 DATA NASCIMENTO: 05/08/1975

FILIAÇÃO: EDUARDO LIRA PATRIOTA

TRACY FERREIRA DA SILVA

RESERVAÇÃO: ACC: CAT. ABE:

EXATIDÃO: 09/04/2005

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO TITULAR

DATA EMISSÃO: 04/04/2017

PERNAMBUCO

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2017

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



AD: 99512545



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



7214049716 11598 00000252545 30 100510

BAIXE JÁ O
APP MEU TIM



Verba para o Contas
Digitais e tenha 500 MB
de Grátis todo mês.

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



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

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(ª). 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(ª) 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 da portal do Corpo de Bombeiros, na site <http://www.cbm.pe.gov.br>, consultor protocolo nº 2019APH000588

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



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA -
DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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: FUNDAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA (presente no 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: 55066-000 - Bairro: ARRUDA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. E
Boa Vista - CEP: 50060-010
RECIFE-PE

Placa: **PFA7236** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

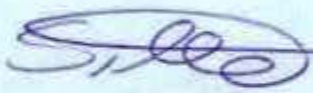
Complemento / Observação

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-7236, QUE ELE APOS ATRPÊLA-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 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: **SILVANO PEREIRA SOARES** - Matrícula: 3248039



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

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



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA - DP16ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **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: **FUNDAO** - **RECIFE/PERNAMBUCO** / **BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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 (VEICULO) 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)

Complemento / Observação

INFORMO A VITIMA DESTE BOE QUE NO DIA DO FATO QUANDO ESTAVA ATREVESSANDO A AVENIDA MANOEL

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

20 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 5º 902 BL. C
Rua 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 JABOATAO, 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: **VALERIA 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: **8345774415** Nome completo da vítima: **EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATRIOTA**

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

Nome completo: **EDUARDA JORDÂNIA FERREIRA PATRIOTA** CPF: **8345774415**

Profissão: **Autônoma** Endereço: **RUA FRANCISCO RABELO** Número: **85** Complemento: **Casa**

Bairro: **ARRUDA** Cidade: **RECIFE** Estado: **PE** CEP: **52120-190**

E-mail: _____ Tel.(DDD): **71-9891-4606**

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

☐ CONTA POUPOANÇA (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: **BRASIL**

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Recife 18 de Junho de 2019**
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura de quem assina A RDO: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: **05.802.494/0001-41**
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA Assinatura
2ª Nome: _____
CPF: **20 JUN 2019**
Rua da Aurora, 118-175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-000 Assinatura
RECIFE-PE

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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