



Número: **0044153-86.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (REPRESENTANTE)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71929 241	02/12/2020 11:17	2754438_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00441538620208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 30 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





02/12/2020

Número: **0044153-86.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (REPRESENTANTE)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71929260	02/12/2020 11:17	ANEXO 1	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152013

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES
CATANHO DA SILVA

Data do acidente: 04/05/2017

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FIBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos
complementares:

Observações: PÁG.15/16_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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152013

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

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

Carta nº 15716344





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

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152013

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos. Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00993/00994 - carta_02 - INVALIDEZ

00030487



Carta nº 15733979





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

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152013

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001361-7

Conta: 000010046405-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

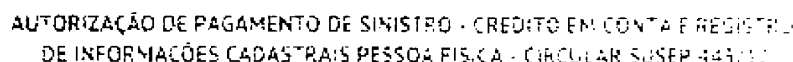
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





SAC DECAT

Il presente progetto è stato approvato dalla Commissione di valutazione dei progetti della Regione Siciliana, in data 11/05/2010, con delibera n. 100/2010, e dalla Commissione di valutazione dei progetti della Regione Lazio, in data 11/05/2010, con delibera n. 100/2010.

1. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$ (Probability of getting two heads)

Beneficiário entre 0 a 15 anos: O beneficiário tem direito a 12 parcelas de R\$ 100,00 (cem reais) por mês, totalizando R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por ano, a ser paga em 12 parcelas mensais, a partir de 15 de março de 2020, até 14 de março de 2021.

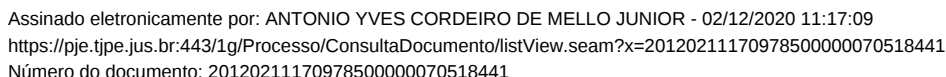
Beneficiário entre 16 e 17 anos – Quando o beneficiário estiver entre 16 e 17 anos, o benefício deve ser concedido em nome do pai ou da mãe, ou do responsável legal, e o valor do benefício deve ser depositado em nome do beneficiário em uma conta bancária em nome dele(a).

NOME DO CLIENTE ENDEREÇO CIDADANIA		DATA DO NASCIMENTO DATA DO PASSAPORTE DATA DE EXPIRAÇÃO	
CONTA POUQUANCA - CONTA PARA PESSOAS COM RENDIMENTO BAIXO (até R\$ 100,00)		CONTA CORRENTE - CONTA PARA PESSOAS COM RENDIMENTO ALTO (acima de R\$ 100,00)	
AGÊNCIA CONTA		AGÊNCIA CONTA	

1. The first step is to identify the variables involved in the problem. In this case, the variables are the number of hours worked (H) and the number of hours of leisure (L). The total number of hours available is 24 hours per day.

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1001-1005.

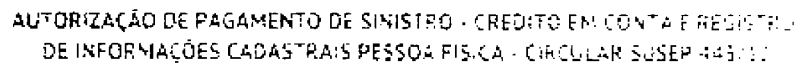
1.



Procard

VISA





SAC DECAT

La prima è un'equazione differenziale ordinaria del tipo $y'' + p(x)y' + q(x)y = r(x)$, con p, q, r funzioni continue su un intervallo I . La seconda è un'equazione differenziale alle derivate parziali del tipo $\Delta u = f$, con f funzione continua su un dominio Ω .

Journal of Management Studies, 2006; 43(7): 1191–1208
DOI: 10.1080/00220820600600403

Beneficiário entre 0 a 15 anos – O beneficiário do auxílio deve ser menor de 16 anos, não ser casado, não ter filhos e não exercer atividade remunerada. O benefício é pago em nome do responsável legal do beneficiário, que deve ser o pai ou a mãe, ou o responsável legal, ou o responsável pelo sustento do beneficiário.

Beneficiário entre 16 e 17 anos – Os pais ou responsáveis legais do beneficiário deverão ser informados por escrito pelo Conselho Tutelar, a respeito dos direitos e deveres inerentes à guarda, bem como das consequências legais da não observância das obrigações inerentes à guarda.

The following table shows the results of the regression analysis for the dependent variable $\ln Y_{it}$ (ln of total value added) for the period 1980-1990. The table is divided into two parts: the first part shows the results for the full sample, and the second part shows the results for the subsample of firms that are active in the manufacturing sector. The variables in the table are defined as follows: Y_{it} is the total value added of firm i in year t ; K_{it} is the capital stock of firm i in year t ; L_{it} is the labor force of firm i in year t ; R_{it} is the research and development expenditure of firm i in year t ; S_{it} is the sales of firm i in year t ; U_{it} is the unemployment rate in year t ; W_{it} is the real wage in year t ; g_{it} is the growth rate of the economy in year t ; ϵ_{it} is the error term.

Variable	Full Sample	Manufacturing Sector
K_{it}	0.15	0.18
L_{it}	0.25	0.22
R_{it}	0.05	0.08
S_{it}	0.10	0.12
U_{it}	-0.02	-0.01
W_{it}	0.01	0.02
g_{it}	0.03	0.04
ϵ_{it}	0.00	0.00

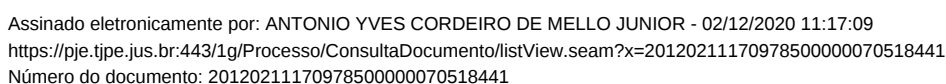
The results of the regression analysis show that the capital stock, labor force, research and development expenditure, sales, unemployment rate, real wage, and growth rate of the economy are all positively correlated with the total value added of the firm. The coefficient of the capital stock is 0.15 for the full sample and 0.18 for the manufacturing sector. The coefficient of the labor force is 0.25 for the full sample and 0.22 for the manufacturing sector. The coefficient of the research and development expenditure is 0.05 for the full sample and 0.08 for the manufacturing sector. The coefficient of the sales is 0.10 for the full sample and 0.12 for the manufacturing sector. The coefficient of the unemployment rate is -0.02 for the full sample and -0.01 for the manufacturing sector. The coefficient of the real wage is 0.01 for the full sample and 0.02 for the manufacturing sector. The coefficient of the growth rate of the economy is 0.03 for the full sample and 0.04 for the manufacturing sector.

[illegible]

1. The first step is to identify the variables involved in the problem. In this case, the variables are the number of hours worked (H) and the number of hours of leisure (L). The total number of hours available is 24 hours per day, so we have the constraint $H + L = 24$.

Figure 1. The effect of the concentration of the *Agrobacterium* suspension on the transformation efficiency of *Agrobacterium* strains. The concentration of the *Agrobacterium* suspension was 10⁶ cells/ml (○), 10⁷ cells/ml (□), 10⁸ cells/ml (△), and 10⁹ cells/ml (◇). The error bars represent the standard deviation of three independent experiments.

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278: 1039-1044.



Procard

VISA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 06ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO -
DP6°CIRC DIM/2ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **17E0096004584**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/06/2017** às
13:02

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposa (Consumado) que
ocorreu no dia 4/6/2017 às 01:00

Local: **BRASIA - AVE. CAJANGA 2500 - F. - IPATINGA**
PELOPE PERNAMBUCO, BRASIL
Localidade: **NÃO INFORMADO**

Pessoas envolvidas na ocorrência

Nome: **JOSEANE FRANCISCA DA SILVA** (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 21**
CPF: 02278950610 - **RG: 2140864-4** - **Estado: PERNAMBUCO**
Endereço: RUA DO COMENDADOR JOSE DE ALMEIDA, 150 - JARDIM
SAO JOSE - RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL

Objetos envolvidos na ocorrência

Nome: **JOSEANE FRANCISCA DA SILVA** (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 21**
CPF: 02278950610 - **RG: 2140864-4** - **Estado: PERNAMBUCO**

Relatório da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 21**
MARIA DA SILVA - **SEVERINO FRANCISCO DA SILVA** (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 25**
IGARASSU - PERNAMBUCO - BRASIL - **CPF: 02278950610** - **RG: 2140864-4** - **Estado: PERNAMBUCO**
Endereço: RUA DO COMENDADOR JOSE DE ALMEIDA, 150 - JARDIM SAO JOSE - RECIFE -
PERNAMBUCO - BRASIL

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 21**
MARIA DA SILVA - **SEVERINO FRANCISCO DA SILVA** (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 25**
IGARASSU - PERNAMBUCO - BRASIL - **CPF: 02278950610** - **RG: 2140864-4** - **Estado: PERNAMBUCO**

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 21**
FRANCISCO DA SILVA - **JOSEANE FRANCISCA DA SILVA** (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 21**
RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 21**
FRANCISCO DA SILVA - **JOSEANE FRANCISCA DA SILVA** (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 21**
RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09

<https://pje.tje.pe.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211170978500000070518441>

JOSANE GRABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA (nao presente ao plantão) - 64
 E-mail: jgcatanho@brasil.com.br - 22.11.2009 - 10:11:38 - NAG INFORMÁTICA PERNAMBUCO BRASIL

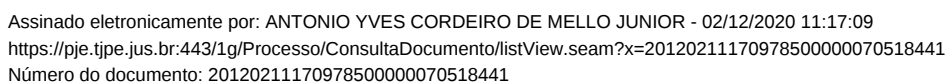
NOME (VERBOS) FERNANDO DE ALMEIDA DIURVAL ROSE DA SILVA
 CLASSE DE BENS DIURVAL ROSE DA SILVA
 VALOR DO BEM AUTOMOVEIL NAO INFORMADO NAO INFORMADO
 VALOR DA UNIDADE NAO INFORMADA

AS ATUALIDADES PRESENTES RELATAM QUE TRAVESSAM NA AVENIDA CAXANGA SENTIDO CIDADE NOVE MIL DO SENHOR DURAL QUANDO O MESMO PERDEU O CONTROLE DO CARRO E SE CHOCOU COM UM POSTE

GO. V. ANTONIO FERRAZ GUANA LEAL - 11/05/2012 22:28:48

Psychiatric Interview - Medical

—



Endereço: Rua José de Fátima, 100 - Jd. Santa Helena - São Paulo/SP
Fone: (11) 3002-8800 - E-mail: atendimento@liderseguro.com.br

São Paulo/SP

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

A Declaração de Ausência de Laudo do IML é utilizada para casos em que não houve necessidade de realização de exame de corpo de delito, por não haver sido constatado o crime de homicídio.

Casos com vítima entre 0 a 15 anos: O formulário deve ser preenchido pelo responsável legal da vítima, ou pelo responsável legal da vítima, ou pelo responsável legal da vítima, ou pelo responsável legal da vítima.

Casos com vítima entre 16 e 17 anos: O formulário deve ser preenchido pelo responsável legal da vítima, ou pelo responsável legal da vítima, ou pelo responsável legal da vítima, ou pelo responsável legal da vítima.

Casos com vítima interditada com curador: O formulário deve ser preenchido pelo responsável legal da vítima, ou pelo responsável legal da vítima, ou pelo responsável legal da vítima, ou pelo responsável legal da vítima.

Assinatura do responsável legal da vítima: _____
Assinatura do responsável legal da vítima: _____

Assinatura do responsável legal da vítima: _____

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome do representante legal da vítima: _____
Assinatura do representante legal da vítima: _____

Assinatura do representante legal da vítima: _____

Assinatura do representante legal da vítima: _____

Assinatura do representante legal da vítima: _____
Assinatura do representante legal da vítima: _____

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ O responsável legal da vítima declara que não houve necessidade de realização de exame de corpo de delito, por não haver sido constatado o crime de homicídio.

☐ O responsável legal da vítima declara que houve necessidade de realização de exame de corpo de delito, por ter sido constatado o crime de homicídio.

O responsável legal da vítima declara que não houve necessidade de realização de exame de corpo de delito, por não haver sido constatado o crime de homicídio.

O responsável legal da vítima declara que não houve necessidade de realização de exame de corpo de delito, por não haver sido constatado o crime de homicídio.

Assinatura do representante legal da vítima: _____

Assinatura do representante legal da vítima: _____

Assinatura do representante legal da vítima: _____

Assinatura do representante legal da vítima: _____



[illegible]

1952

J. W. F. SAEGER, F. D. S. E. 1970.

1. The proposed rule is not a "major" rule under the Regulatory Flexibility Act (RFA) because it does not have a major economic impact on a substantial number of small entities. The RFA defines a "major" rule as one that is likely to have a major economic impact on a substantial number of small entities. The proposed rule is a "major" rule under the RFA because it is likely to have a major economic impact on a substantial number of small entities. The proposed rule is a "major" rule under the RFA because it is likely to have a major economic impact on a substantial number of small entities.

INSTITUTO DE AGRICULTURA
E ZOOLOGIA DA UNICAMP

10. Diferença de Apresentação: 30504957101

1981 037
1981 112123

1. DATE _____
 2. TIME _____
 3. LOCATION _____
 4. WIND _____
 5. SEA _____
 6. SKY _____
 7. TEMP _____
 8. MOON _____
 9. STARS _____
 10. PLANETS _____
 11. OTHER _____
 12. REMARKS _____
 13. WIND _____
 14. SEA _____
 15. SKY _____
 16. TEMP _____
 17. MOON _____
 18. STARS _____
 19. PLANETS _____
 20. OTHER _____
 21. REMARKS _____
 22. WIND _____
 23. SEA _____
 24. SKY _____
 25. TEMP _____
 26. MOON _____
 27. STARS _____
 28. PLANETS _____
 29. OTHER _____
 30. REMARKS _____
 31. WIND _____
 32. SEA _____
 33. SKY _____
 34. TEMP _____
 35. MOON _____
 36. STARS _____
 37. PLANETS _____
 38. OTHER _____
 39. REMARKS _____
 40. WIND _____
 41. SEA _____
 42. SKY _____
 43. TEMP _____
 44. MOON _____
 45. STARS _____
 46. PLANETS _____
 47. OTHER _____
 48. REMARKS _____
 49. WIND _____
 50. SEA _____
 51. SKY _____
 52. TEMP _____
 53. MOON _____
 54. STARS _____
 55. PLANETS _____
 56. OTHER _____
 57. REMARKS _____
 58. WIND _____
 59. SEA _____
 60. SKY _____
 61. TEMP _____
 62. MOON _____
 63. STARS _____
 64. PLANETS _____
 65. OTHER _____
 66. REMARKS _____
 67. WIND _____
 68. SEA _____
 69. SKY _____
 70. TEMP _____
 71. MOON _____
 72. STARS _____
 73. PLANETS _____
 74. OTHER _____
 75. REMARKS _____
 76. WIND _____
 77. SEA _____
 78. SKY _____
 79. TEMP _____
 80. MOON _____
 81. STARS _____
 82. PLANETS _____
 83. OTHER _____
 84. REMARKS _____
 85. WIND _____
 86. SEA _____
 87. SKY _____
 88. TEMP _____
 89. MOON _____
 90. STARS _____
 91. PLANETS _____
 92. OTHER _____
 93. REMARKS _____
 94. WIND _____
 95. SEA _____
 96. SKY _____
 97. TEMP _____
 98. MOON _____
 99. STARS _____
 100. PLANETS _____
 101. OTHER _____
 102. REMARKS _____
 103. WIND _____
 104. SEA _____
 105. SKY _____
 106. TEMP _____
 107. MOON _____
 108. STARS _____
 109. PLANETS _____
 110. OTHER _____
 111. REMARKS _____
 112. WIND _____
 113. SEA _____
 114. SKY _____
 115. TEMP _____
 116. MOON _____
 117. STARS _____
 118. PLANETS _____
 119. OTHER _____
 120. REMARKS _____
 121. WIND _____
 122. SEA _____
 123. SKY _____
 124. TEMP _____
 125. MOON _____
 126. STARS _____
 127. PLANETS _____
 128. OTHER _____
 129. REMARKS _____
 130. WIND _____
 131. SEA _____
 132. SKY _____
 133. TEMP _____
 134. MOON _____
 135. STARS _____
 136. PLANETS _____
 137. OTHER _____
 138. REMARKS _____
 139. WIND _____
 140. SEA _____
 141. SKY _____
 142. TEMP _____
 143. MOON _____
 144. STARS _____
 145. PLANETS _____
 146. OTHER _____
 147. REMARKS _____
 148. WIND _____
 149. SEA _____
 150. SKY _____
 151. TEMP _____
 152. MOON _____
 153. STARS _____
 154. PLANETS _____
 155. OTHER _____
 156. REMARKS _____
 157. WIND _____
 158. SEA _____
 159. SKY _____
 160. TEMP _____
 161. MOON _____
 162. STARS _____
 163. PLANETS _____
 164. OTHER _____
 165. REMARKS _____
 166. WIND _____
 167. SEA _____
 168. SKY _____
 169. TEMP _____
 170. MOON _____
 171. STARS _____
 172. PLANETS _____
 173. OTHER _____
 174. REMARKS _____
 175. WIND _____
 176. SEA _____
 177. SKY _____
 178. TEMP _____
 179. MOON _____
 180. STARS _____
 181. PLANETS _____
 182. OTHER _____
 183. REMARKS _____
 184. WIND _____
 185. SEA _____
 186. SKY _____
 187. TEMP _____
 188. MOON _____
 189. STARS _____
 190. PLANETS _____
 191. OTHER _____
 192. REMARKS _____
 193. WIND _____
 194. SEA _____
 195. SKY _____
 196. TEMP _____
 197. MOON _____
 198. STARS _____
 199. PLANETS _____
 200. OTHER _____
 201. REMARKS _____
 202. WIND _____
 203. SEA _____
 204. SKY _____
 205. TEMP _____
 206. MOON _____
 207. STARS _____
 208. PLANETS _____
 209. OTHER _____
 210. REMARKS _____
 211. WIND _____
 212. SEA _____
 213. SKY _____
 214. TEMP _____
 215. MOON _____
 216. STARS _____
 217. PLANETS _____
 218. OTHER _____
 219. REMARKS _____
 220. WIND _____
 221. SEA _____
 222. SKY _____
 223. TEMP _____
 224. MOON _____

Yuma de la ciudad de la

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

[illegible]



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DATA: 09.04.2018
EM: 09.04.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **7422789** SDS/PE e inscrita no CNJ nº 130.130.11 nº **067.956.344-00**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-327403**, que no dia 04 de maio de 2017, a paciente Menor **JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 01h30, vítima envolvida em colisão entre automóvel com poste, na Avenida Cavangá, imediações ao Colégio CEF, Cavanga, Recife/PE e sendo encaminhada para o Hospital da Restauração, onde morreu em 09 de abril de 2018.

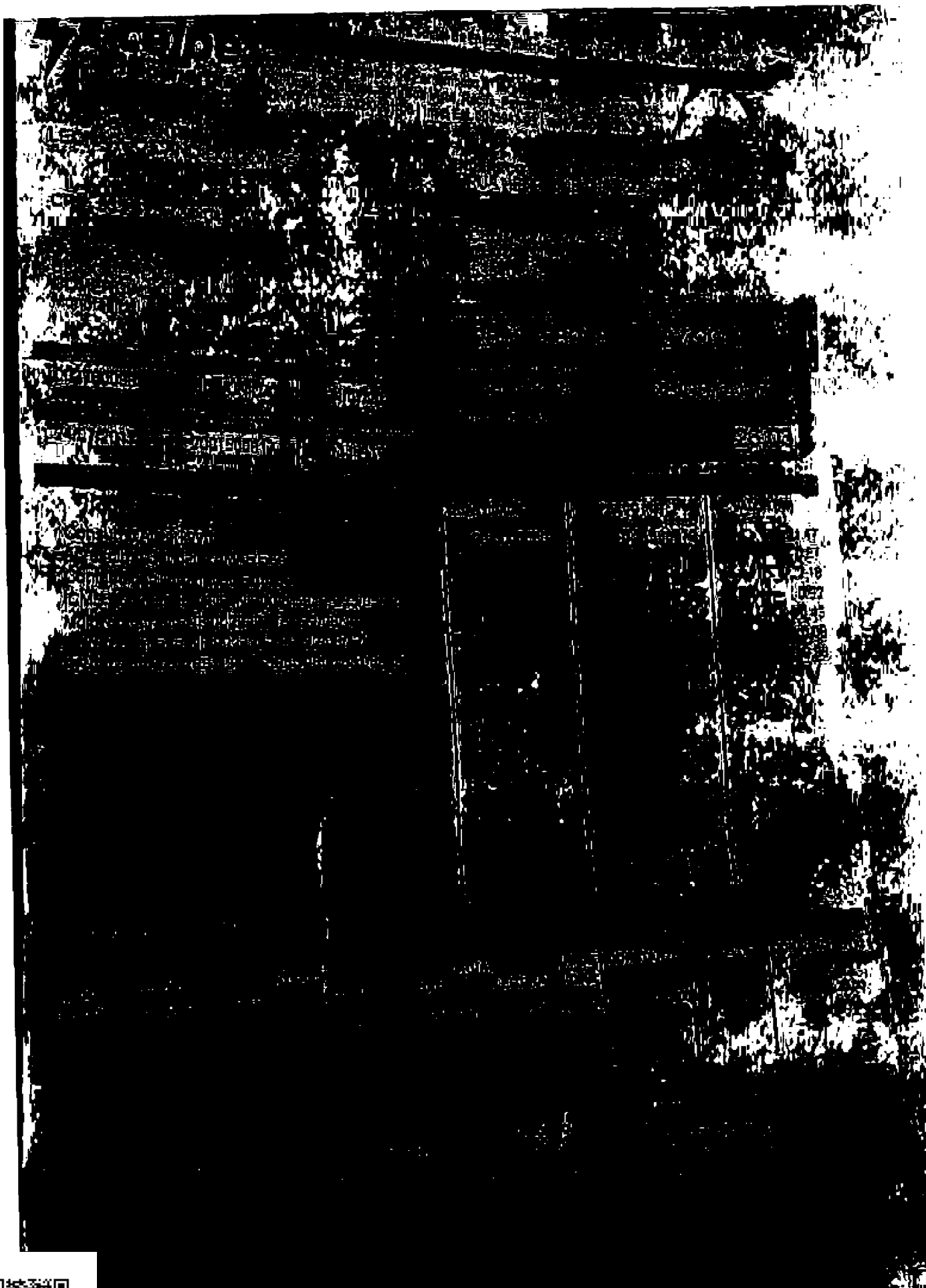
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Apoio
SAMU Metropolitano do Recife

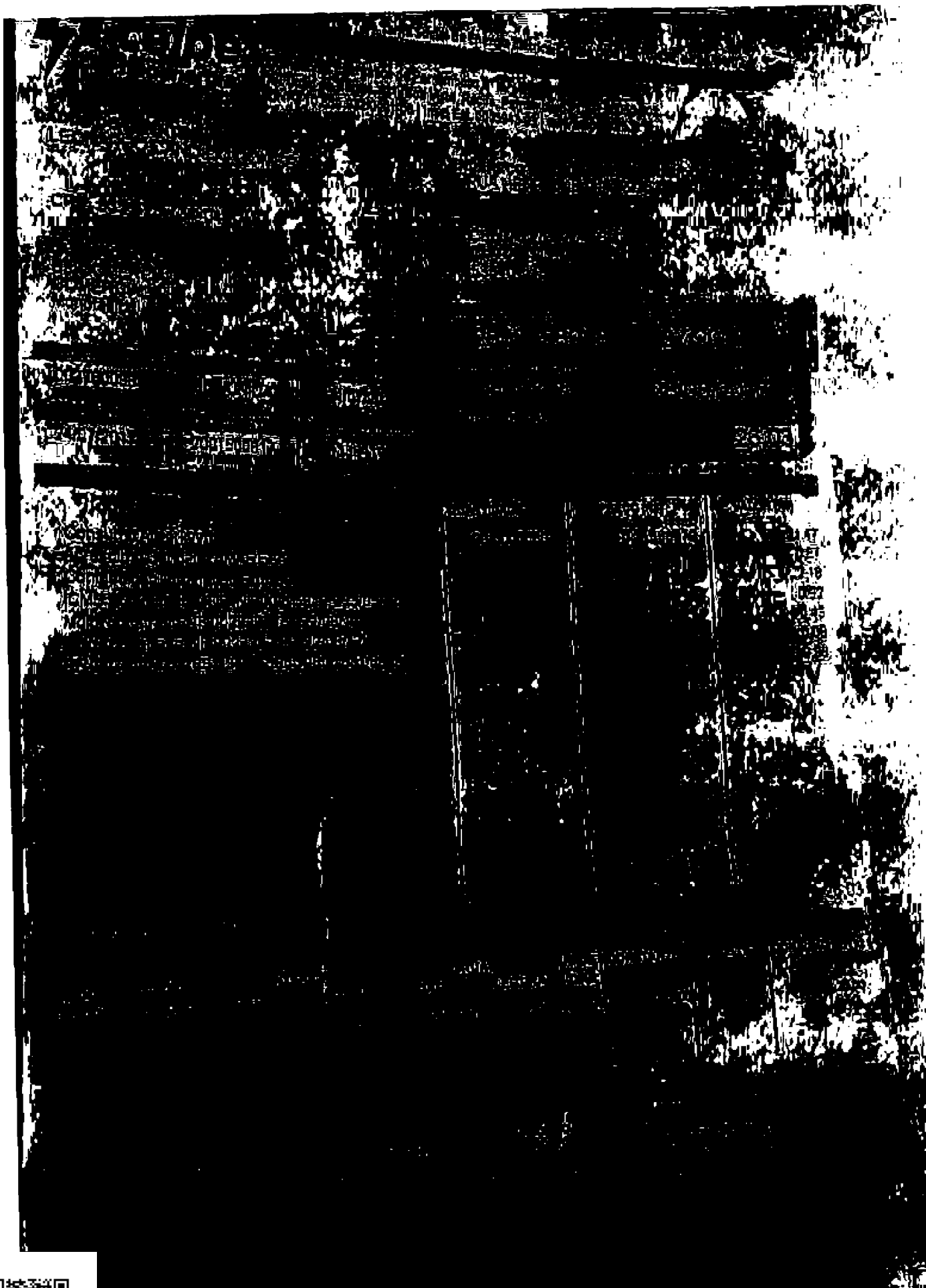
SergioParenteCosta

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Apoio
SAMU Metropolitano do Recife









Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

PRÓTESE

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

803937

Data e Hora de Atendimento
04/03/2017 02:23

Data de Entrada EMERGENCIA PEDIATRICA

Atendimento Manual

Ord. Paciente 1587827 Paciente JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA SILVA SIC
Data de nascimento 22/11/2009 Idade 7a 5m 11d Sexo FEMININO
Estado Civil SOLTEIRO Profissão Mãe JOSEANE FRANCISCA SILVA
Doença para Exatidão de Diagnóstico Mãe JOSEANE FRANCISCA SILVA
Pa. João Francisco Catanho da Silva

Endereço RUA LAJES
Bairro MUSTARDINHA
Cidade RECIFE
UF PE Telefone 988213040
CEP 51269-513

Tipo de Atendimento ACIDENTE COLISÃO ARVORE MURO, POSTE

Modalidade de Atendimento VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social: *Redigido atendimento em ambulância*
Informação de nome *averguete de acidente*
Informação de endereço *51269-513*

Procedimentos Atividade Case Social
Encaminhamentos Roteiro de atendimento 30/04/2014
Observação Notificado 9/5/07
Vigilância Epidemiológica - NEPI

História Clínica: Criança vítima de acidente de carro de alto impacto (padrão que estava a caminho de ir ao trabalho, mas quando se aproximava da entrada da rua que estava no carro, ocorreu o acidente no dia 04/03/2017, com o carro sem acompanhante há 3h e 40min.

Exame físico: Exame físico realizado em sala de emergência médica da emergência.

Exame físico: Exame físico realizado em sala de emergência médica da emergência.

Exame físico: Exame físico realizado em sala de emergência médica da emergência.



Exame Neurológico	Deficiência motora	MSD	MSE	MID	IMS	Reflexos	Respostas	Associações
Glasgow Apetite Oral	Glasgow Resposta Verbal	Escore	Escore	Escore	Escore	Glasgow Resposta Motora	Escore	Escore

ECG = 180 Ruptura da cápsula

Exposição Abdominal: fechada, macia

Sint. da lesão da cápsula de Kiep axial de MID.

Diagnóstico: Politrauma - TCE leve
Fratura exposta MID?

Conclusão: Intimamente traumático RX MID / RX max / radi
NCR / Cipe
MB / HT
análise

Evolução de Enfermagem

Definição do Caso: Internamento ☐ Urgência ☐ Obito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadi-se ☒ Alta
Internado na Clínica ☐ Transferido para ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Piorado ☐ Obito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência: Data 10/3/17 Hora 14h

Termo de responsabilidade para internamento: Estou ciente das normas existentes nesta instituição e autorizo a realização de tratamento clínico, cirúrgico, diagnóstico e terapêutico e sem exames complementares e transporte se forem necessários

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

Data e Hora Impressão: 04-May-17

02:50' GROSSEIRA T-2 MOVERA FRATURA SUBCUTÂNEA D. A. F. A. T. M.
- POLITRAUMA, DEPOSIÇÃO E PERMIO (2) CO- FEMORAL
FURTIPOS MO - FRAT. INTERA (2/3 D. B. C. A.) DE PERMIO (2)
CO- DE B. F. A. V. A. N. A. 19 - 30 - U. AD. P. A. V. A. N. E - 17. 2017

(2) C. A. T. I. V. O
(2) C. A. T. I. V. O C. A. T. I. V. O
(2) C. A. T. I. V. O C. A. T. I. V. O C. A. T. I. V. O

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM: 8883 - TECT 12551



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

04-05-2017 02:17

Nome Paciente:	JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA SILVA
Cod. Paciente:	
Data de Nascimento:	22-11-2019
Sexo:	Feminino
Idade:	-
Senha:	EP0108
Convênio:	
Atendimento:	

04-05-2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA - COREN: 308201 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade	AMARELO - URGENTE
Cor	AMARELO
Queixa Principal	VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO POR VOLTAR DAS OLHEIAS, APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM M.D. NEGA PERDA DE CONSCIENTIA E VÔMITOS
Reservação	SAML
Programa sistema	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Diagnósticos	FRATURA EXPOSTA
Especialidade	PEDIATRIA
Alergias	
Sinais vitais	REGUA DE DOR 3

04-05-2017 02:17 02:17 02:17

4/5 4/5 4/5

Rutheanne Melo de Siqueira
Enfermeira
04-05-2017 02:17

04-05-2017 02:17 02:17 02:17

04-05-2017 02:17 02:17 02:17

Acolhido(a) por: RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA
Data: 04-05-2017 02:17

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



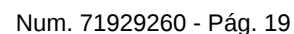


Dec 20 1944

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

Medico: [Signature] Membro Operador: [Signature]

~~ATURADO~~

INSTRUMENTADOR: _____



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA

Por este instrumento particular, o(a) paciente João Cabral de Kedinguer C.,
internado neste Hospital com o registro 127767 ou seu responsável legal Antônio Rodrigues Catão de Faria, declara para todos os fins legais
especialmente do disposto no artigo 19, V, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao(a) médico(a)
assistente para proceder as investigações necessárias ao
diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado de
Tratamento de Ombreira da Perna, e todos os procedimentos que a
incluam inclusive anestésias ou outras condutas médicas adequadas ao tratamento médico possa requerer
podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.
Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a) atendendo ao disposto no art. 5º do Código de Ética
Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado
prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados
tratamento sugerido é ora autorizado.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:

1. Infecção local, regional ou disseminada;
2. O surgimento de inchaço pos-operatório pode se estender por meses ou anos;
3. A dor pode acompanhar o paciente por tempo variável;
4. Necrose da pele;
5. Rejeição do material;
6. Pseudoartrose ou não consolidação óssea;
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides;
8. Possibilidade de necessitar novo procedimento cirúrgico complementar;
9. Parestesia e Paraplegia;
10. Riscos inerentes ao procedimento anestésico;
11. Morte.

Declara ainda ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu
perfeitamente e aceitou, comprometendo-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a)
médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si
e/ou ao paciente.

Declara igualmente estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e
que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas
inicialmente propostas, sendo que neste caso fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar
providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar
atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo
lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES
deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Recife, 4 de MAIO de 2017.

Assinatura do(a) paciente _____

Assinatura do responsável _____

Assinatura do(a) médico(a) _____

RG _____
Nome _____

66-040-142 990-78
Nome _____

CRM _____
Nome _____





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Enfermagem

UF

Nome do paciente

UF

EVOLUÇÃO CLÍNICA

20/12/2020 - Paciente em estado de saúde estável, sem sinais e sintomas de agravamento da doença, mantendo-se bem, com boa evolução clínica, sem necessidade de medicação adicional.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09





Paciente

Enfermana Leito

Results

Primo quarto

EVOLUÇÃO CLÍNICA

CVCS 49

—

620

Foto tirada do assalto atraincheiro,
 com filtragem imposta da remoção
 da cabeça do assassino

~~Ekstrem, Kacık, duygusuz ve
yıldırım aşılamak~~

Der gewählte Herr THF
wird als Mitglied der Gemeinde

945117

1998

Edward H. Smith, Jr.

[illegible]

The north side of the
K. Lake and the 216 ft. north side of the
the 100 ft. and the 100 ft. and the 100 ft.
the 100 ft. and the 100 ft. and the 100 ft.

00,0075

APPENDICES

SECRET

6-10-6

Factorial experiment of two independent variables

172. Belone chrysops Richardson



04/05/12

no ~~one~~ ^{one} ~~at~~ ^{at} ~~slate~~ ^{slate}, ~~case~~ ^{case},
sup ~~case~~ ^{case}

$$\frac{1}{FC} = 94$$

to m - 0 - m

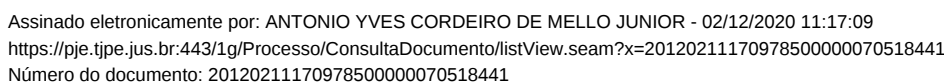
Cal. Alte de SR após efeito
inertion

Queen Victoria
Victoria
Queen Victoria

04/05/12 paper finished on 1st at Oshes at 1pm
 (10:55L) ①, answers, conclusion, transition; no of
 ART - numbers as far as given as sample size is given
 Ex. age in the sample. Some are confirmed by

04105157- Enigmaque

04105134- Enfunaque
Menor aduicao nesa enfuacã, presente da
EA acordada, afelr, empua, infuacã, afuacã,
notimo eu ME D. + exorcus. Itada VEE Sigur
eu Chudador. Pense ④





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
ESTADO DE

Paciente

Enfermarias-Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Julho 13. Paciente com S. de 19 anos, com queixa de
dor no abdômen, dor no tórax, e
febre. Em uso de medicação para dor e febre.
Exame físico: sem alterações.

15/07/17 C. RE
Exame físico: sem alterações.
Exames de laboratório: sem alterações.
Exames de imagem: sem alterações.
Exames de imagem: sem alterações.
Exames de imagem: sem alterações.
Exames de imagem: sem alterações.
Exames de imagem: sem alterações.
Exames de imagem: sem alterações.
Exames de imagem: sem alterações.
Exames de imagem: sem alterações.



05.03.2017 Suplemento

plano de saúde e de regular, consumo de água;
seguros e habitação; água; gás; energia elétrica;
e transporte de água para consumo humano e de esgoto
para coleta; água e energia elétrica.

Declaro que
ENFERMEIRO
COREN-SP 30619

06/05/17 Renovação de contrato, energia elétrica,
normalizada, água para uso, gás para uso
doméstico de uso humano. E energia elétrica.
Fornecedor de água e gás para uso doméstico
em áreas rurais e de consumo
temporário de água.

Declaro que
ENFERMEIRO
COREN-SP 30619

06/05/17

Renovação de contrato de energia elétrica, gás
para uso doméstico, água para uso doméstico,
água para uso doméstico, energia elétrica,
água para uso doméstico.

Declaro que
ENFERMEIRO
COREN-SP 30619



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

5/05/17 - 14:00

411-2.1587827 - Osane Gabriele Rodrigues Catarino da Silva 19x 1205

Ta - Adesão automobilística 14-05.

Fx exp - Ossos Perna D - 19 DPO (to r) Fx exp - EE Transarticular T1,2 D

RI - Definitiva - 11/05/17

Evolve a náusea com dor na perna e cabeça, mas estava diminuindo. Ao exame: MIO - Auscultação e Mucilago presentes, RD secretiva

HRP - NEG

CD - Cheto Preto - Cheto R - Acompanhamento conjunto com NER e CIPE

Dr. G. A. L. LIMA JUNIOR
RPPS - 11/05/17
1587827

06/05/17 - Traumatologia

HO O fratura exposta de perna da perna (D)
Paciente internado e fixado externamente
na urgência

Exame de dor e mobilização de M.O.
No caso, boa resposta distal, nervosidade, presença
de dor musculares na M.O.

CD - C. Insuficiente - mantido.

J



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

6/05/17 - 14:00

411-2 (1587627) - **João Gabriel Rodrigues Cataño da Silva** (P: 9/05)

Tx: Acidente automobilístico (4-05)

Hx Exp: Ossos Pernas - 2x DPO total - Fx Exp - FE Transarticular TNZ D

Id: Cefaleia e vômitos

Evolutiva: Com dor na perna direita lateral, mas esteve clinicamente A. Exame: MD (Neurovascular - Mobilidade presentes - FO secreta)

APP: NDI

CD: Aguarda cirurgia - Acompanhamento conjunto com NDI

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 10.852/2017
RECEBUE



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

7/05/17 – 14:00

411-2 (158788Z) – Josiane Gabrielle Rodrigues Catão da Silva (P+ 9/15)

Tu, Acidente automobilístico (4/15)

Ex. exp. Ossos Perna D., 34 DPQ (trau.) + Ex. exp. + FE Transarticular TN2 D.

T3 Perna (trau.) / Flexão +

ex. assintomática e estável clinicamente – Ao Exame – MIO (Neurovascular) + Mobilidade presentes; – PD secreta

REF: NDI

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NCP

Dr. Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM: 158788-1
2007-11-14



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

8/05/17 - 14:00

411-2 1587827 - [Josane Gabrielle Rodrigues Catarino da Silva - 09/05]

7a - Acidente automotivo - 09/05/17

Ex. exp. Ossos: fêmur D, 4x DPU (toalim. Ex. exp. - FE Transarticular TNE D

04 Catarina - (Tivane)

Evolução: hematomas estáveis clinicamente - Ao Exame: MIA (NeuroVascular - Mobilidade presentes - Fl. ingua

Ex. exp. 03/17

CD: Aguardando o exame de acompanhamento clínico - 09/05/17

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
MÉDICO TRAUMATOLOGISTA
CRM 1587827

Em 08/05/2017, às 14:00h, fui consultado por uma paciente, Josane Gabrielle Rodrigues Catarino da Silva, 34 anos, com queixa de dor no membro inferior direito, após acidente automotivo ocorrido em 09/05/17. A paciente relata que a dor é constante, piora com o movimento e está associada a um hematoma no local da lesão. O exame físico revela uma lesão por arma de fogo no terço médio do fêmur direito, com exposição óssea e presença de um ferimento de entrada. A paciente não apresenta sinais de choque ou lesões associadas. A evolução clínica é satisfatória, com controle da dor e ausência de complicações. A paciente aguarda o exame de acompanhamento clínico.





RELATORIO DE OPERAÇÃO

the 1990s, the number of people in the world who are undernourished has increased from 600 million to 800 million. The number of people who are malnourished has increased from 1.2 billion to 1.5 billion. The number of people who are obese has increased from 100 million to 300 million. The number of people who are overweight has increased from 100 million to 300 million. The number of people who are obese and overweight has increased from 100 million to 300 million. The number of people who are obese and overweight has increased from 100 million to 300 million.

— *... ..*

100-95

1-851-876-76

ACKNOWLEDGMENTS

1. *Chlorophyll a*

— 752195 —

098256

Deputat

Date of Birth:

二、

Editorial Board: P. H. Oosterhuis

Engineering Department

01-4386-71-1919

Lettre du 12/10/2016

0.00-0.01% 0.01-0.02% 0.02-0.04% 0.04-0.06% 0.06-0.08% 0.08-0.10% 0.10-0.12% 0.12-0.14% 0.14-0.16% 0.16-0.18% 0.18-0.20% 0.20-0.22% 0.22-0.24% 0.24-0.26% 0.26-0.28% 0.28-0.30% 0.30-0.32% 0.32-0.34% 0.34-0.36% 0.36-0.38% 0.38-0.40% 0.40-0.42% 0.42-0.44% 0.44-0.46% 0.46-0.48% 0.48-0.50% 0.50-0.52% 0.52-0.54% 0.54-0.56% 0.56-0.58% 0.58-0.60% 0.60-0.62% 0.62-0.64% 0.64-0.66% 0.66-0.68% 0.68-0.70% 0.70-0.72% 0.72-0.74% 0.74-0.76% 0.76-0.78% 0.78-0.80% 0.80-0.82% 0.82-0.84% 0.84-0.86% 0.86-0.88% 0.88-0.90% 0.90-0.92% 0.92-0.94% 0.94-0.96% 0.96-0.98% 0.98-1.00% 1.00-1.02% 1.02-1.04% 1.04-1.06% 1.06-1.08% 1.08-1.10% 1.10-1.12% 1.12-1.14% 1.14-1.16% 1.16-1.18% 1.18-1.20% 1.20-1.22% 1.22-1.24% 1.24-1.26% 1.26-1.28% 1.28-1.30% 1.30-1.32% 1.32-1.34% 1.34-1.36% 1.36-1.38% 1.38-1.40% 1.40-1.42% 1.42-1.44% 1.44-1.46% 1.46-1.48% 1.48-1.50% 1.50-1.52% 1.52-1.54% 1.54-1.56% 1.56-1.58% 1.58-1.60% 1.60-1.62% 1.62-1.64% 1.64-1.66% 1.66-1.68% 1.68-1.70% 1.70-1.72% 1.72-1.74% 1.74-1.76% 1.76-1.78% 1.78-1.80% 1.80-1.82% 1.82-1.84% 1.84-1.86% 1.86-1.88% 1.88-1.90% 1.90-1.92% 1.92-1.94% 1.94-1.96% 1.96-1.98% 1.98-2.00% 2.00-2.02% 2.02-2.04% 2.04-2.06% 2.06-2.08% 2.08-2.10% 2.10-2.12% 2.12-2.14% 2.14-2.16% 2.16-2.18% 2.18-2.20% 2.20-2.22% 2.22-2.24% 2.24-2.26% 2.26-2.28% 2.28-2.30% 2.30-2.32% 2.32-2.34% 2.34-2.36% 2.36-2.38% 2.38-2.40% 2.40-2.42% 2.42-2.44% 2.44-2.46% 2.46-2.48% 2.48-2.50% 2.50-2.52% 2.52-2.54% 2.54-2.56% 2.56-2.58% 2.58-2.60% 2.60-2.62% 2.62-2.64% 2.64-2.66% 2.66-2.68% 2.68-2.70% 2.70-2.72% 2.72-2.74% 2.74-2.76% 2.76-2.78% 2.78-2.80% 2.80-2.82% 2.82-2.84% 2.84-2.86% 2.86-2.88% 2.88-2.90% 2.90-2.92% 2.92-2.94% 2.94-2.96% 2.96-2.98% 2.98-3.00% 3.00-3.02% 3.02-3.04% 3.04-3.06% 3.06-3.08% 3.08-3.10% 3.10-3.12% 3.12-3.14% 3.14-3.16% 3.16-3.18% 3.18-3.20% 3.20-3.22% 3.22-3.24% 3.24-3.26% 3.26-3.28% 3.28-3.30% 3.30-3.32% 3.32-3.34% 3.34-3.36% 3.36-3.38% 3.38-3.40% 3.40-3.42% 3.42-3.44% 3.44-3.46% 3.46-3.48% 3.48-3.50% 3.50-3.52% 3.52-3.54% 3.54-3.56% 3.56-3.58% 3.58-3.60% 3.60-3.62% 3.62-3.64% 3.64-3.66% 3.66-3.68% 3.68-3.70% 3.70-3.72% 3.72-3.74% 3.74-3.76% 3.76-3.78% 3.78-3.80% 3.80-3.82% 3.82-3.84% 3.84-3.86% 3.86-3.88% 3.88-3.90% 3.90-3.92% 3.92-3.94% 3.94-3.96% 3.96-3.98% 3.98-4.00% 4.00-4.02% 4.02-4.04% 4.04-4.06% 4.06-4.08% 4.08-4.10% 4.10-4.12% 4.12-4.14% 4.14-4.16% 4.16-4.18% 4.18-4.20% 4.20-4.22% 4.22-4.24% 4.24-4.26% 4.26-4.28% 4.28-4.30% 4.30-4.32% 4.32-4.34% 4.34-4.36% 4.36-4.38% 4.38-4.40% 4.40-4.42% 4.42-4.44% 4.44-4.46% 4.46-4.48% 4.48-4.50% 4.50-4.52% 4.52-4.54% 4.54-4.56% 4.56-4.58% 4.58-4.60% 4.60-4.62% 4.62-4.64% 4.64-4.66% 4.66-4.68% 4.68-4.70% 4.70-4.72% 4.72-4.74% 4.74-4.76% 4.76-4.78% 4.78-4.80% 4.80-4.82% 4.82-4.84% 4.84-4.86% 4.86-4.88% 4.88-4.90% 4.90-4.92% 4.92-4.94% 4.94-4.96% 4.96-4.98% 4.98-5.00% 5.00-5.02% 5.02-5.04% 5.04-5.06% 5.06-5.08% 5.08-5.10% 5.10-5.12% 5.12-5.14% 5.14-5.16% 5.16-5.18% 5.18-5.20% 5.20-5.22% 5.22-5.24% 5.24-5.26% 5.26-5.28% 5.28-5.30% 5.30-5.32% 5.32-5.34% 5.34-5.36% 5.36-5.38% 5.38-5.40% 5.40-5.42% 5.42-5.44% 5.44-5.46% 5.46-5.48% 5.48-5.50% 5.50-5.52% 5.52-5.54% 5.54-5.56% 5.56-5.58% 5.58-5.60% 5.60-5.62% 5.62-5.64% 5.64-5.66% 5.66-5.68% 5.68-5.70% 5.70-5.72% 5.72-5.74% 5.74-5.76% 5.76-5.78% 5.78-5.80% 5.80-5.82% 5.82-5.84% 5.84-5.86% 5.86-5.88% 5.88-5.90% 5.90-5.92% 5.92-5.94% 5.94-5.96% 5.96-5.98% 5.98-6.00% 6.00-6.02% 6.02-6.04% 6.04-6.06% 6.06-6.08% 6.08-6.10% 6.10-6.12% 6.12-6.14% 6.14-6.16% 6.16-6.18% 6.18-6.20% 6.20-6.22% 6.22-6.24% 6.24-6.26% 6.26-6.28% 6.28-6.30% 6.30-6.32% 6.32-6.34% 6.34-6.36% 6.36-6.38% 6.38-6.40% 6.40-6.42% 6.42-6.44% 6.44-6.46% 6.46-6.48% 6.48-6.50% 6.50-6.52% 6.52-6.54% 6.54-6.56% 6.56-6.58% 6.58-6.60% 6.60-6.62% 6.62-6.64% 6.64-6.66% 6.66-6.68% 6.68-6.70% 6.70-6.72% 6.72-6.74% 6.74-6.76% 6.76-6.78% 6.78-6.80% 6.80-6.82% 6.82-6.84% 6.84-6.86% 6.86-6.88% 6.88-6.90% 6.90-6.92% 6.92-6.94% 6.94-6.96% 6.96-6.98% 6.98-7.00% 7.00-7.02% 7.02-7.04% 7.04-7.06% 7.06-7.08% 7.08-7.10% 7.10-7.12% 7.12-7.14% 7.14-7.16% 7.16-7.18% 7.18-7.20% 7.20-7.22% 7.22-7.24% 7.24-7.26% 7.26-7.28% 7.28-7.30% 7.30-7.32% 7.32-7.34% 7.34-7.36% 7.36-7.38% 7.38-7.40% 7.40-7.42% 7.

I have been thinking
 about you a great deal lately.
 How are you getting along?
 I hope you are well and happy.
 I am still here, doing as usual.
 Love from all,
 Your mother and father.

507 324



There are no other relevant requests for records and
release.

The figure is a geological map of a region, likely in the Pacific Northwest, showing the intersection of Highway 100 and Highway 200. The map is divided into sections by a grid. The top section is labeled '100' and the bottom section is labeled '200'. The map includes a legend with symbols for 'Fault', 'Road', 'Creek', and 'Settlement'. The map also includes a scale bar and a north arrow.

Legend:

- Fault
- Road
- Creek
- Settlement

Map Features:

- Highway 100:** A solid line running vertically through the center of the map.
- Highway 200:** A dashed line running horizontally across the middle of the map.
- Creek:** A dotted line running horizontally across the bottom of the map.
- Settlement:** A solid line running horizontally across the top of the map.
- Fault:** A solid line running diagonally from the top left to the bottom right.

Scale and Orientation:

- Scale:** A scale bar at the bottom left indicates distances in miles (0 to 10).
- North Arrow:** A north arrow at the bottom right points towards the top right of the map.

| | | | |
|----------------|------------------|--------------------|-----------------|
| 1. Name | 2. Address | 3. City | 4. State |
| 5. Zip | 6. Phone | 7. E-mail | 8. Fax |
| 9. Birthdate | 10. Gender | 11. Marital Status | 12. Education |
| 13. Occupation | 14. Income | 15. Assets | 16. Liabilities |
| 17. Net Worth | 18. Credit Score | 19. Insurance | 20. Other |

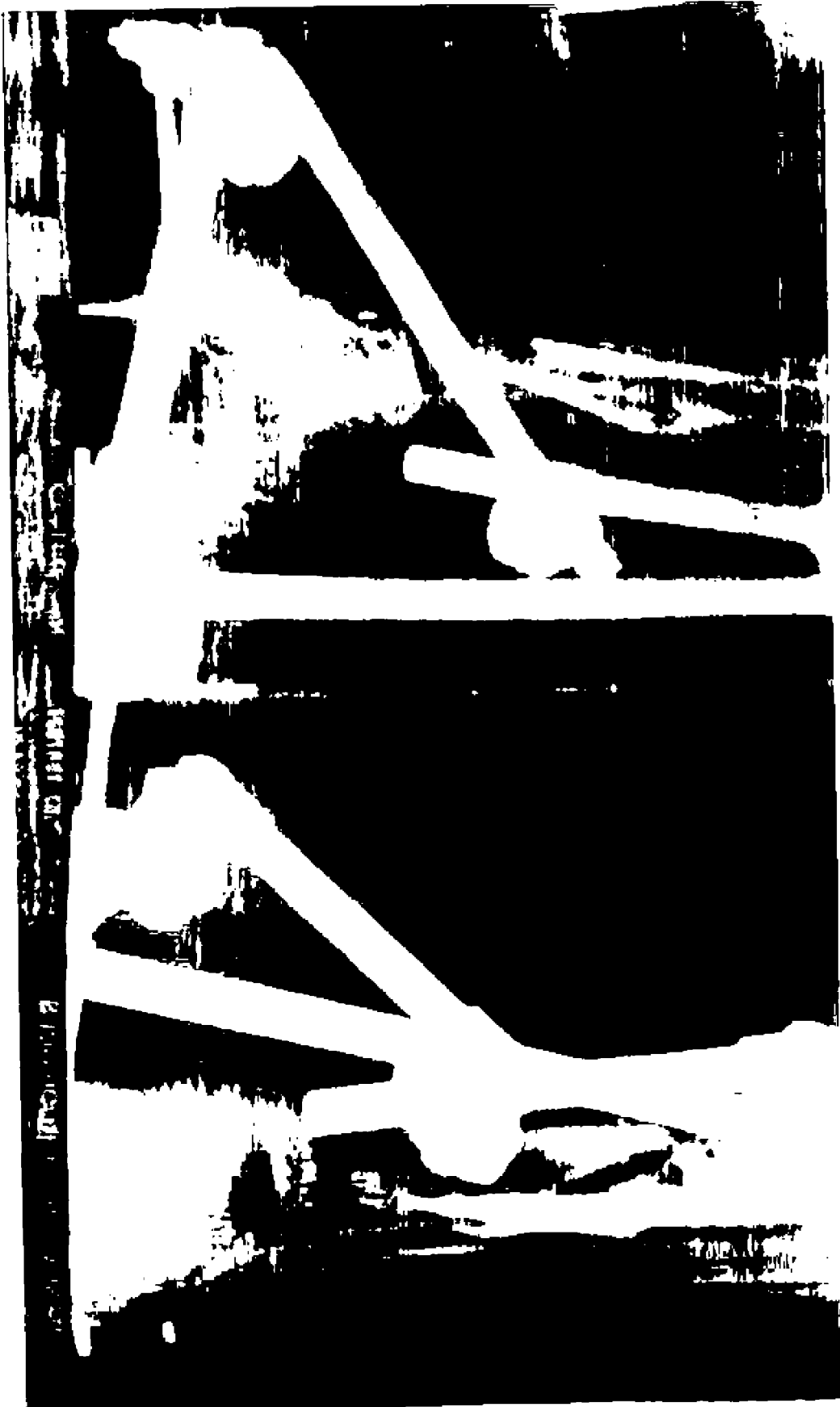
APR 1964







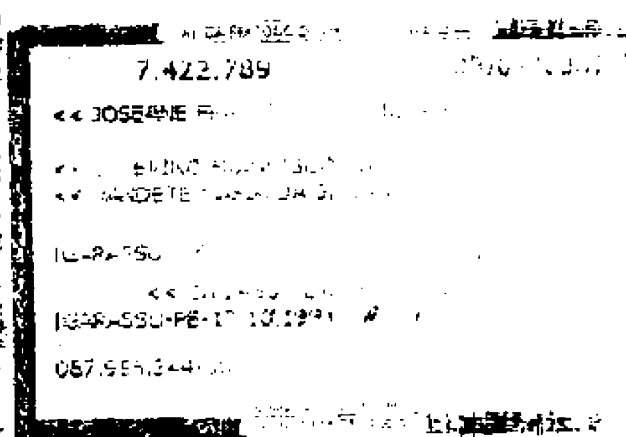
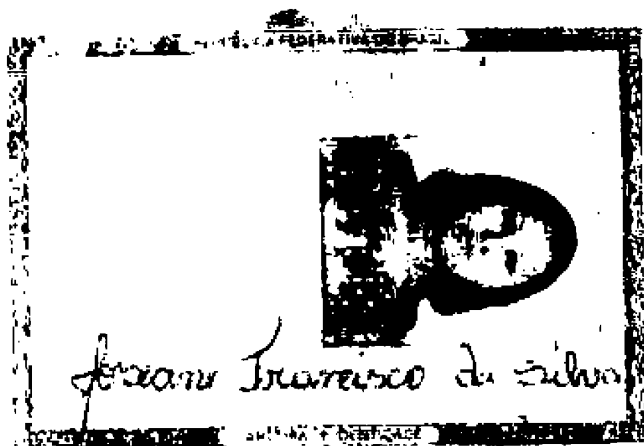


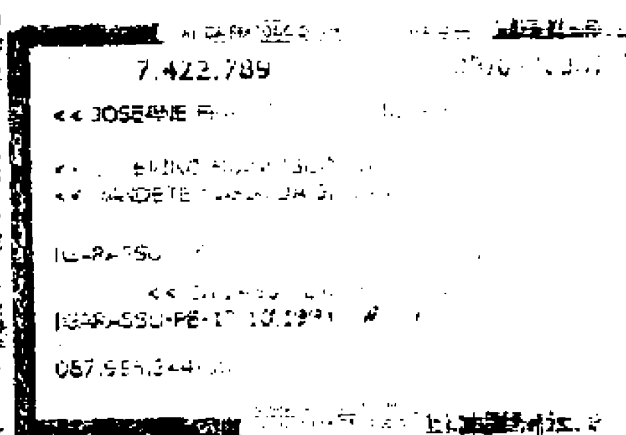
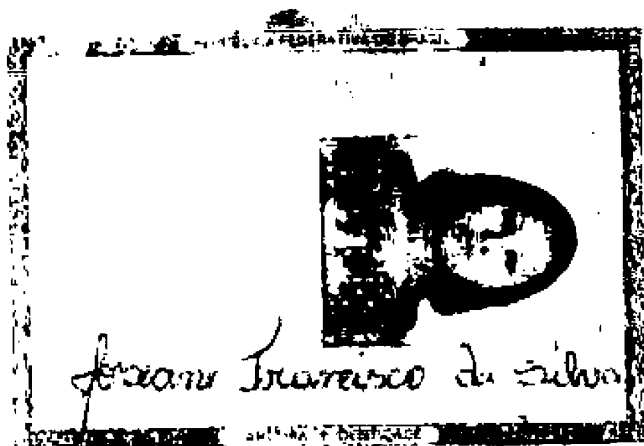












PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152013

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES
CATANHO DA SILVA

Data do acidente: 04/05/2017

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.15/16_CIRURGIA.

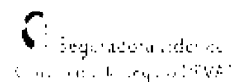
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos
membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118345/20

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO

CPF: 067.956.344-00

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 04/05/2017

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/04/2020
Nome: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
CPF: 067.956.344-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

| | |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 19/05/2020 |
|------------------------|------------|

| |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

| | |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 2.362,50 |
|--------------|----------|

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01361-7

CONTA: 000010046405-X

Nr. da Autenticação 2F9BD5112FFF45DD



Site: <http://www.seguradoralider.com.br>
SAC: 0800 70 929260 - 0800 70 929260

SAC PRIVAT

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Para garantir o melhor atendimento, o preenchimento de todos os campos desta autorização de pagamento de sinistro deve ser realizado com atenção e de acordo com as informações contidas no formulário, bem como de acordo com as informações cadastrais fornecidas pelo segurado.

Este formulário deve ser preenchido pelo segurado ou pelo representante legal do segurado, caso este não seja o segurado, e deve ser assinado e rubricado pelo segurado ou pelo representante legal do segurado.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos - Quando o beneficiário for menor de idade, o representante legal deve ser o pai, mãe ou tutor legal do beneficiário, e deve ser assinado e rubricado pelo representante legal do beneficiário.

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Quando o beneficiário for menor de idade, o representante legal deve ser o pai, mãe ou tutor legal do beneficiário, e deve ser assinado e rubricado pelo representante legal do beneficiário.

Assinatura do segurado ou representante legal do segurado: _____
Rubrica do segurado ou representante legal do segurado: _____

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: _____
CPF: _____
RG: _____
Data de nascimento: _____
Data de validade: _____
Assinatura do segurado ou representante legal do segurado: _____
Rubrica do segurado ou representante legal do segurado: _____

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

FAIXA DE RENDA MENSAL: _____
DADOS BANCÁRIOS: _____
CONTA POUPEANÇA: _____
CONTA CORRENTE: _____
AGÊNCIA: _____
CONTA: _____

Assinatura do segurado ou representante legal do segurado: _____
Rubrica do segurado ou representante legal do segurado: _____

Assinatura do segurado ou representante legal do segurado: _____
Rubrica do segurado ou representante legal do segurado: _____

Assinatura do segurado ou representante legal do segurado: _____

13



Procard

VISA



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Il presente progetto è stato approvato dal comitato di lavoro per la ricerca scientifica, con delibera n. 15 del 12/05/2010, e dalla commissione di valutazione della ricerca, con delibera n. 15 del 12/05/2010.

1. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$ (Probability of getting two heads)

E obrigatorio Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos: O beneficiário tem direito a 12 parcelas de R\$ 100,00 (cem reais) por mês, totalizando R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por ano, a ser paga em 12 parcelas mensais, a partir de 15 de março de 2014, até 14 de março de 2015.

Beneficiário entre 16 e 17 anos – Se o beneficiário tiver entre 16 e 17 anos, o requerente deve apresentar declaração de escolaridade assinada pelo beneficiário, declarando se está matriculado em escola pública ou particular, e se não estiver matriculado, se está trabalhando.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL:

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCARIOS

[illegible]

| AGÊNCIA | COTA | AGÊNCIA | COTA |
|---------|------|---------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |

1. The first step is to identify the variables involved in the problem. In this case, the variables are the number of hours worked (H) and the number of hours of sleep (S).

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1001-1005.

1.



Procard

VISA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 04ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO -
DP6°CIRC DIM/2ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **17E0096004584**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/08/2017** às
13:02

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposa (Consumado) que
ocorreu no dia 4/8/2017 às 01:00

Local: **BRASIA - AVE. CAJANGA 2500 - BRASIA - IPATINGA**
PELOPE PERNAMBUCO, BRASIL
Estado: **NÃO INFORMADO**

Pessoas envolvidas na ocorrência

Nome: **JOSEANE FRANCISCA DA SILVA** (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 25**
CPF: 02561091-1 - **Endereço: RUA JOSE DE ALMEIDA, 214 - JARDIM JARDIM**
IGARASSU - PERNAMBUCO - BRASIL - **CEP: 54227-89** - **DD: 51** - **PO: 0000** - **UF: PE**
Telefone: 81 3339-1802 - **Outro: CAMAREIROA - 55000000**

Objetos envolvidos na ocorrência

Nome: **JOSEANE FRANCISCA DA SILVA** (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 25**
CPF: 02561091-1 - **Endereço: RUA JOSE DE ALMEIDA, 214 - JARDIM JARDIM**
IGARASSU - PERNAMBUCO - BRASIL - **CEP: 54227-89** - **DD: 51** - **PO: 0000** - **UF: PE**
Telefone: 81 3339-1802 - **Outro: CAMAREIROA - 55000000**

Relatório da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 25**
MARIA DA SILVA - **SEVERINO FRANCISCO DA SILVA** (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 25**
IGARASSU - PERNAMBUCO - BRASIL - **CEP: 54227-89** - **DD: 51** - **PO: 0000** - **UF: PE**
Telefone: 81 3339-1802 - **Outro: CAMAREIROA - 55000000**

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 25**
MARIA DA SILVA - **SEVERINO FRANCISCO DA SILVA** (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 25**
IGARASSU - PERNAMBUCO - BRASIL - **CEP: 54227-89** - **DD: 51** - **PO: 0000** - **UF: PE**
Telefone: 81 3339-1802 - **Outro: CAMAREIROA - 55000000**

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 25**
FRANCISCO DA SILVA - **JOSEANE FRANCISCA DA SILVA** (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 25**
PELOPE PERNAMBUCO - BRASIL - **CEP: 54227-89** - **DD: 51** - **PO: 0000** - **UF: PE**
Telefone: 81 3339-1802 - **Outro: CAMAREIROA - 55000000**

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 25**
MARIA DA SILVA - **SEVERINO FRANCISCO DA SILVA** (presente ao plantão) - **Sexo: FEMININO** - **Idade: 25**
IGARASSU - PERNAMBUCO - BRASIL - **CEP: 54227-89** - **DD: 51** - **PO: 0000** - **UF: PE**
Telefone: 81 3339-1802 - **Outro: CAMAREIROA - 55000000**



INFORMADO: PERNAMBUCO - BRASIL

JUSANE GRABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA (NÃO PRESENTE AO JUIZADO) - 24
 EMISSÃO: 20/02/2020 11:17:09 - 27/11/2009 11:17:09 - NAG INFORMADO: PERNAMBUCO - BRASIL

QUESTÃO DO DOIS (DIPMIS) - CIVIL (MIS)

PLA - 100 (VERBUO) 10/02/2020 11:17:09 - DURVAL JOSE DA SILVA (NÃO PRESENTE AO JUIZADO) - 24
 DURVAL JOSE DA SILVA
 DURVAL JOSE DA SILVA - AUTOMOVEIS NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO - 24/11/2009 11:17:09
 DURVAL JOSE DA SILVA - AUTOMOVEIS NÃO INFORMADO

Complemento / Observação

AS PARTES PRESENTES RELATAM QUE TRATAVAM NA AVENIDA CAJANGA SENTIDO CIDADE
 NO VEICULO DO SENHOR DURVAL QUANDO O MESMO PERDEU O CONTROLE DO CARRO E SE
 CRIOU COM UM POSTE

ASSINATURA DAS PARTES PRESENTES NESTA UNIDADE JUDICIAL

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
 (VITIMA)

ROGERIO FRANCISCO DA SILVA
 (VITIMA)

TAIRANNY WALLESCA DA SILVA
 (VITIMA)

ANTONIO FERRAZ GOIANA LEAL - 27/11/2009 11:17:09

Antônio Ferraz Goiana Leal



Endereço: Rua Manoel de Araújo, 100 - São Paulo - SP
 CEP: 05001-000 Fone: (11) 3061-1000 E-mail: atendimento@lider.com.br

São Paulo

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Este laudo é um instrumento com efeito de NOTIFICAÇÃO, não possui validade jurídica e não substitui o laudo de exame de corpo de delito, a ser realizado pelo IML.

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O laudo será emitido pelo médico responsável pelo atendimento, sendo obrigatório a assinatura do responsável legal da criança.

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, o médico responsável pelo atendimento deverá emitir o laudo, assinado pelo próprio profissional de saúde responsável pela vítima, mediante declaração do fato. Assim, a vítima deverá ser informada de seus direitos legais, de acordo com a legislação do Estado de São Paulo.

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso, o laudo será emitido pelo médico responsável pelo atendimento, sendo obrigatório a assinatura do curador.

Assinatura do médico responsável pelo atendimento: _____

 Data e hora

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo: _____
 CPF: _____

 Assinatura

 Assinatura

Assinatura do médico responsável pelo atendimento: _____
 Assinatura do representante legal da vítima: _____

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ O laudo foi emitido pelo médico responsável pelo atendimento, sendo obrigatório a assinatura do curador.
- ☐ O laudo foi emitido pelo médico responsável pelo atendimento, sendo obrigatório a assinatura do representante legal da vítima.
- ☐ O laudo foi emitido pelo médico responsável pelo atendimento, sendo obrigatório a assinatura do representante legal da vítima.

O laudo é um instrumento com efeito de NOTIFICAÇÃO, não possui validade jurídica e não substitui o laudo de exame de corpo de delito, a ser realizado pelo IML.

O laudo é um instrumento com efeito de NOTIFICAÇÃO, não possui validade jurídica e não substitui o laudo de exame de corpo de delito, a ser realizado pelo IML.

Assinatura do médico responsável pelo atendimento: _____

Assinatura do representante legal da vítima: _____



SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL - SPC

Unidade Registral
Rua Manoel de Araújo, 100
Cidade de Fortaleza
Ceará, Brasil
CEP 60010-000
Fone: (85) 3181-1111
E-mail: ssp@spc.ce.gov.br

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certidão que a **ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** nasceu em **02/12/2020** às **11:17:09** horas, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**.

ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

O **ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** nasceu em **02/12/2020** às **11:17:09** horas, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**.

O **ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** nasceu em **02/12/2020** às **11:17:09** horas, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**.

O **ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** nasceu em **02/12/2020** às **11:17:09** horas, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**.

O **ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** nasceu em **02/12/2020** às **11:17:09** horas, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**.

ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

O **ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** nasceu em **02/12/2020** às **11:17:09** horas, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**.

O **ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** nasceu em **02/12/2020** às **11:17:09** horas, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**.

O **ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** nasceu em **02/12/2020** às **11:17:09** horas, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**.

O **ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** nasceu em **02/12/2020** às **11:17:09** horas, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**.

ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

O **ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** nasceu em **02/12/2020** às **11:17:09** horas, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**.

O **ANTÔNIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** nasceu em **02/12/2020** às **11:17:09** horas, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**, no **CEP 60010-000**.





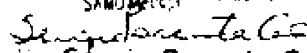
Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

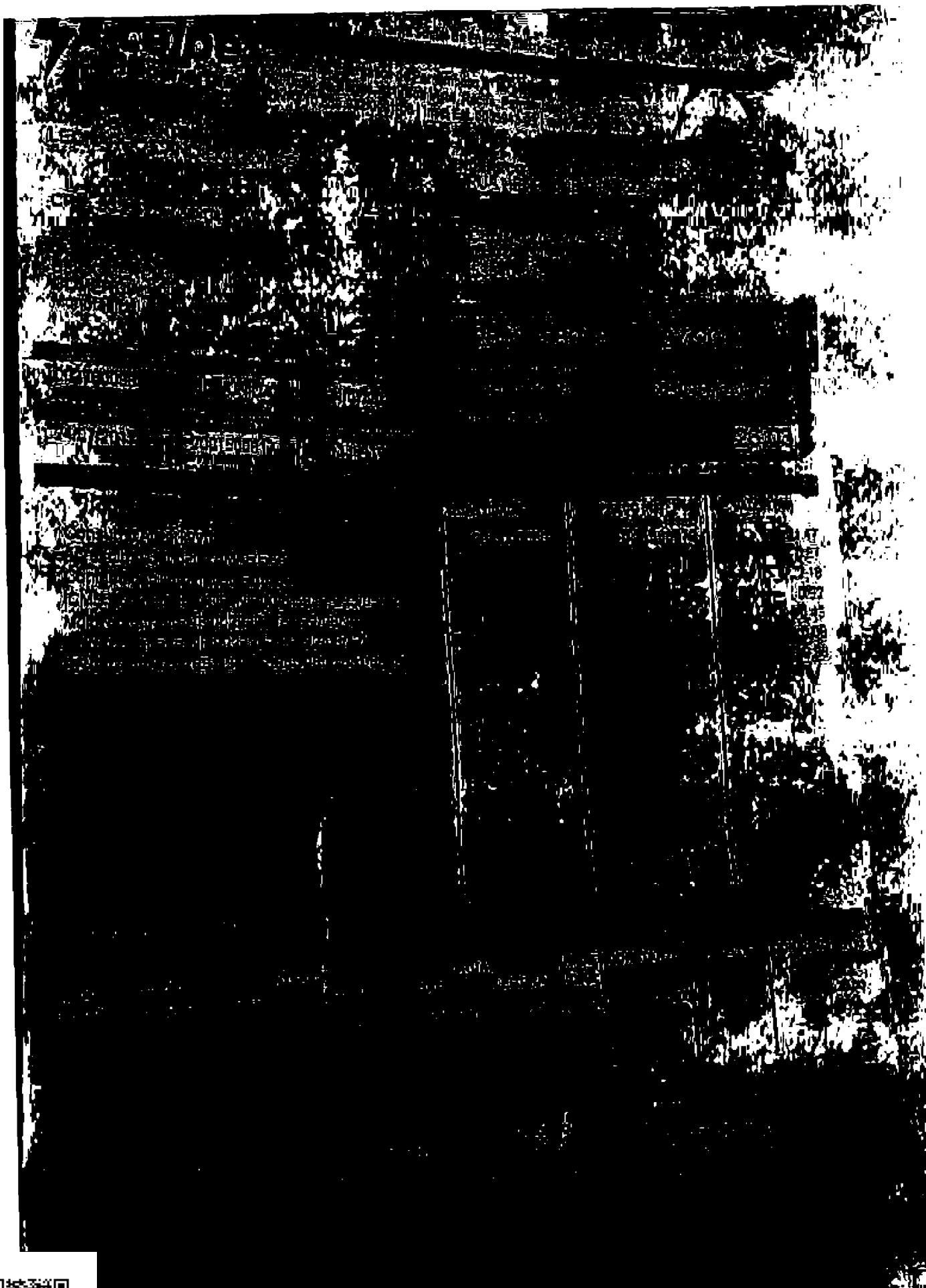
DATA: 09.04.2018
EM: 09.04.2018

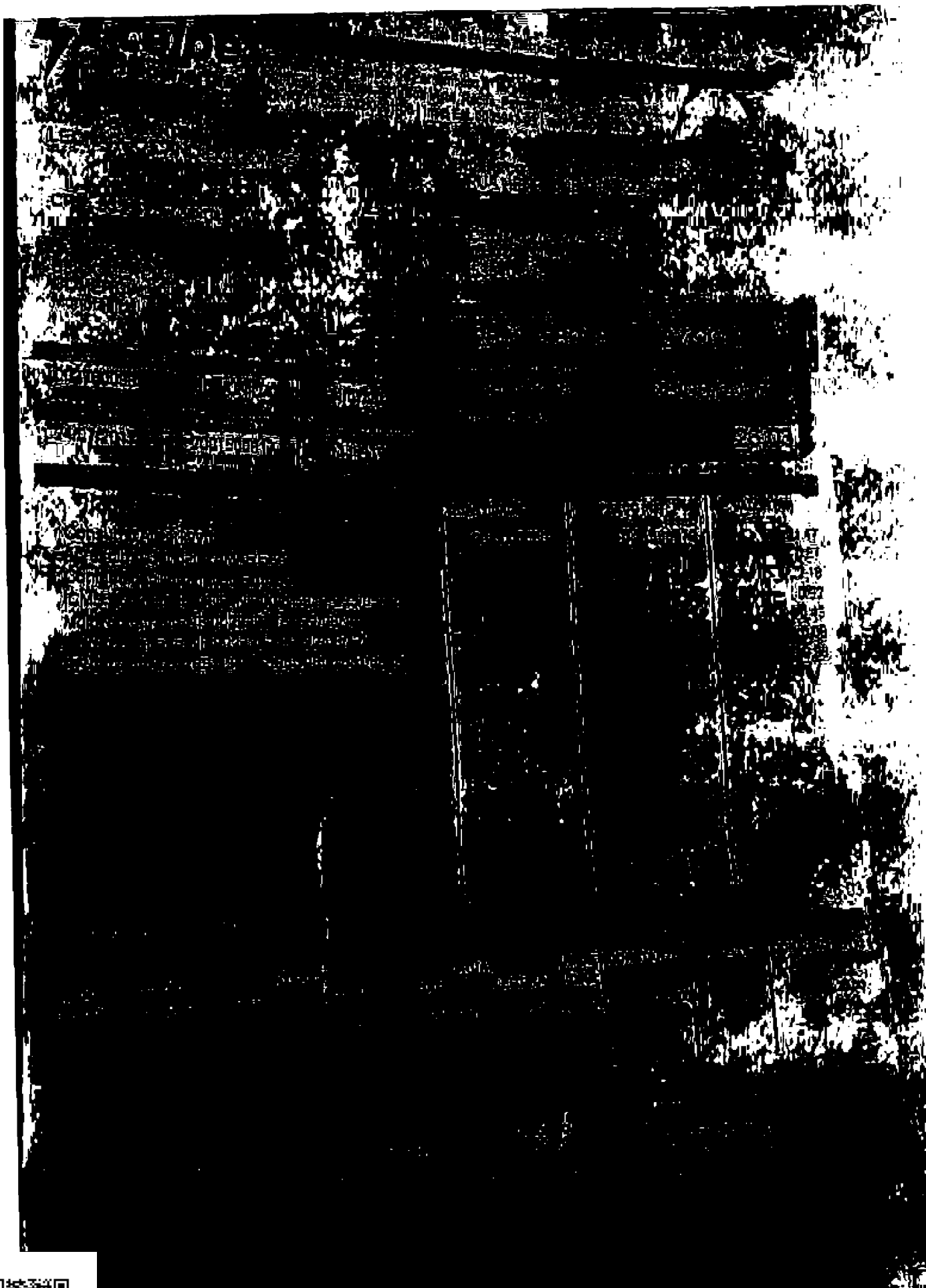
Atendendo ao requerimento da Sra. **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **7422789** SDS/PE e inscrita no CNJ nº 33.414 nº **067.956.344-00**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-327403**, que no dia 04 de maio de 2017, a paciente Menor **JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 01h30, vítima envolvida em colisão entre automóvel com poste, na Avenida Cavangá, imediações ao Colégio CEF, Cavanga, Recife/PE e sendo encaminhada para o Hospital da Restauração, onde, 09 de abril de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Apoio
SAMU Metropolitano do Recife


Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Apoio
SAMU Metropolitano do Recife







| | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----|-----|-----|----------|-----------|-------------|
| Exame Neurológico | Deficiência motora | MSD | MSE | MID | IMS | Reflexos | Respostas | Associações |
| Glasgow Apertura Ocular | Glasgow Resposta Verbal | Glasgow Resposta Motora | | | | | | |
| Escore | Escore | Escore | | | | | | |

ECG = 180 Ruptura da cápsula

Exposição Abdômen: fechado, macio

Sint. da lesão da cápsula de Kiep axial de MID.

Diagnóstico: Politrauma - TCE leve
Fratura exposta MID?

Conclusão: Intimamente traumático R-x MID / R-x tórax / radiografia
NCR / Cipe
MB / HT
análise

Evolução da Enfermagem

Definição do Caso: Internamento ☐ Urgência ☐ Obito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta
Internado na Clínica ☐ Transferido para ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Piorado ☐ Obito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência: Data 10/3/17 Hora 14h

Termo de responsabilidade para internamento: Estou ciente das normas existentes nesta instituição e autorizo a realização de tratamento clínico, cirúrgico, diagnóstico e terapêutico e sem exames complementares e transporte se forem necessários

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

Data e Hora Impressão: 04-May-17

02:50' GROSSEIRA T-2 MOVIDA FRATURA SUBCUTÂNEA D. A. F. A. T. M.
- POLITRAUMA, DEPOSIÇÃO DE PERMIO (2) CO- FEMORAL
FURTIPOS MO - FRAT. INTERA (1/3 D. B. C. A.) DE PERMIO (2)
CO- DE STAVENNA 1g - 30-0 AD PAVIA 6-0 5V 200

- (2) C. A. T. M.
- (2) C. A. T. M. CO- FEMORAL
- (2) STAVENNA 1g - 30-0 AD PAVIA 6-0 5V 200

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM: 8883 - TECT 12551



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

04/05/2017 02:17

| | |
|---------------------|--|
| Nome Paciente: | JOSANE GABRIELE RODRIGUES CATANHO DA SILVA |
| Cod. Paciente: | |
| Data de Nascimento: | 22/11/2019 |
| Sexo: | Feminino |
| Idade: | - |
| Senha: | EP0108 |
| Convênio: | |
| Atendimento: | |

04/05/2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA - COREN: 308201 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

| | |
|------------------|--|
| Prioridade | AMARELO - URGENTE |
| Cor | AMARELO |
| Queixa Principal | VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO POR VOLTA DAS 01 HORAS, LEVANTOU APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM M.D. NEGA PERDA DE CONSCIENTIA E VÔMITOS |
| Reservação | SAML |
| Programa sistema | PROBLEMAS EM EXTREMIDADES |
| Diagnósticos | FRATURA EXPOSTA |
| Especialidade | PEDIATRIA |
| Alergias | |
| Sinais vitais | REGUA DE DOR 3 |

04/05/2017 02:17 02:17 02:17

4/5 4/5 4/5

Rutheanne Melo de Siqueira
Enfermeira
04/05/2017 02:17

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09

04/05/2017 02:17

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09

Acolhido(a) por: RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA
Data: 04/05/2017 02:17

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



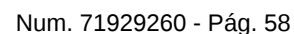


Dec 20 1944

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

Medico: [Signature] Membro Operador: [Signature]

~~ATURADO~~

INSTRUMENTADOR: _____



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA

Por este instrumento particular o(a) paciente João Cabral de Kedinguer C.
internado neste Hospital com o registro 127767 ou seu responsável legal Antônio Rodrigues Catão de Faria declara para todos os fins legais
especialmente ao disposto no artigo 19, V, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao(a) médico(a)
assistente para proceder as investigações necessárias ao
diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado de
tratamento de OMS da Pérvia e todos os procedimentos que a
incluam inclusive anestésias ou outras condutas médicas adequadas ao tratamento médico possa requerer
podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.
Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a) atendendo ao disposto no art. 5º do Código de Ética
Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado
prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados
tratamento sugerido é ora autorizado.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:

1. Infecção local, regional ou disseminada
2. O surgimento de inchaço pos-operatório pode se estender por meses ou anos
3. A dor pode acompanhar o paciente por tempo variável
4. Necrose da pele
5. Rejeição do material
6. Pseudoartrose ou não consolidação óssea
7. Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides
8. Possibilidade de necessitar novo procedimento cirúrgico complementar
9. Parestesia e Paraplegia
10. Riscos inerentes ao procedimento anestésico
11. Morte

Declara ainda ter lido as informações contidas no presente instrumento as quais entendeu
perfeitamente e aceitou, comprometendo-se a respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a)
médico(a) estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si
e/ou ao paciente.

Declara igualmente estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e
que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas
inicialmente propostas, sendo que neste caso fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar
providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos segundo seu julgamento.

Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar
atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo
lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES
deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Recife, 4 de MAIO de 2017.

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do responsável

Assinatura do(a) médico(a)

RG

Nome

RG: 040.142.990-78

Nome

CRM

Nome





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermagem

UF

Nome do paciente

15/12/2020

EVOLUÇÃO CLÍNICA

15/12/2020 - Paciente em estado de saúde
estável, com boa evolução clínica.
Sem alterações significativas.
O paciente está bem, com
melhora da evolução.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:17:09





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria Leito

Registro

Guilherme Gonçalves

EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/19

SIFE

Exat

FCV ótimo do quadro atualizado
com fígado intacto, a a dor de
quadrado abdominal

Exatame. Rádica, diprômica
indolores e suspensas

Clp. prapantivax. Não TAF
pelo q. de. da. Trauma

04/05/19

mas 20/19

Exatame. Rádica, diprômica, intacta

Exatame. Rádica, diprômica, intacta
Exatame. Rádica, diprômica, intacta

Exatame. Rádica, diprômica, intacta

Exatame. Rádica, diprômica, intacta

Exatame. Rádica, diprômica, intacta
Exatame. Rádica, diprômica, intacta
Exatame. Rádica, diprômica, intacta

04/05/19

Exatame. Rádica, diprômica, intacta

Exatame. Rádica, diprômica, intacta

04/05/19

Exatame. Rádica, diprômica, intacta

Exatame. Rádica, diprômica, intacta



04/05/12

no ~~one~~ ~~is~~ ~~short~~ ~~on~~ ~~side~~

$$\frac{1}{\sqrt{C}} = 9.6$$

to m - 0 - m - 2

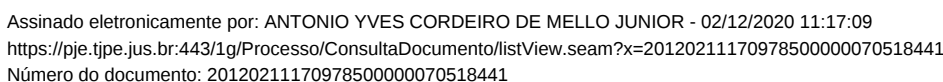
Col. Alta de SR esp. fnt
inertion

Quercus laevis
Quercus laevis
Quercus laevis

04/05/12 paper finished on 1st at Oshes at 1pm
 (10:55L) ①, answers, conclusion, transition; no of
 ART - numbers as far as given as sample size is given
 Ex. age in the sample. Some are confirmed by

04105157- Enigmaque

04105134- Enfunaque
Menor aduicao nesa enfuacã, presente da
EA acordada, afelr, empua, iporacã, afiracã,
actimo ou ME D. + exoracã. Nada VEE seguir
em andamento. Pense ④





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria-Leite

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

24/05/10 Kunal on a digital app is more
more useful. I like the app. I like the app.
I like the app. I like the app. I like the app.
I like the app. I like the app. I like the app.
I like the app. I like the app. I like the app.

45-45-14 C.R.

It is well to check a good
 thing over and over.

4. Ex Tempore 15 min

4x 100m - 100m Sprint

~~Yellow River~~

Water flowing from the
top of the dam down the
face of the dam.

100-443887-100



05/03/2017 Suplemento

plano econômico e de regular, consumo, etc.
seguros, indenções, apólices, etc. sendo em
sempre de 100% para o valor de 100% de
em pólice; e em 10% de indenção.

Dr. Antonio Yves
CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
COREN-PR/2055

06/05/17 Renovação de apólice, seguro, indenção,
normalmente, que em 100% de 100% de 100%
Quanto a de 100% de 100% de 100% de 100%
Ficou em 100% de 100% de 100% de 100%
um novo plano de 100% de 100% de 100% de 100%
temporária de 100% de 100% de 100% de 100%.

Dr. Antonio Yves
CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
COREN-PR/2055

06/05/17

no 100% de 100% de 100% de 100% de 100% de 100%
de 100% de 100% de 100% de 100% de 100% de 100%
Quanto a de 100% de 100% de 100% de 100% de 100% de 100%.

Dr. Antonio Yves
CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
COREN-PR/2055



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

5/05/17 - 14:00

411-2-1587827 - osame Gabriele Domingues Catarino da Silva (1951-1955)

To: Academic Director, LAC-90-05.

Fix exp. Osses Fernz D. 19 DPO to cr. Fix exp. = EE Transcircular T3.2 D.

71 Data Mining / 14-0015

Lydia não pôde dormir na noite anterior, mas estava dormindo. Ao exame, VLD, hematócrito e hêmoglobina estavam presentes, TGO secretiva.

-22 NOV

20. Theodor Frensch • 1860-83 • Aesthetism, Symbolism, Impressionism, Decadence, Nihilism, and Cypri

Der 1. Vorsitzende
Herrn Dr. H. H. H. H. H.
Herrn Dr. H. H. H. H. H.

06/05/74 to present day

HO ① fraction reports de pour de pour ②
 d'après l'absence de fraction sur
 la page

Istituto di Dio e stabilimento di D.O.
 Ho come Ben rifinito distel, rimessato, peraltro
 allora macchina con D.O.

C.D. C. Jorgensen went also.



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

6/05/17 - 14:00

411-2 (1587627) - **JOÃO GABRIEL RODRIGUES CATANHO DA SILVA** (P: 9 - 35)

Tx: Acidente automobilístico - 14:05h

Hx Exp: Ossos Pernas - 2x DPO total - Fx Exp - FE Transarticular TNZ D

Id: Cefaleia e vômitos

Evolutiva: com dor na perna direita lateral, mas esteve clinicamente estável. Exame: M.D.
(Neurovascular - Mobilidade presentes - FO secreta)

APP: NPM

CD: Aguarda cirurgia - Acompanhamento conjunto com NUP

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 10652/2017
RECEBUE



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

7/05/17 – 14:00

411-2 (158788Z) – Josiane Gabrielle Rodrigues Catão da Silva (P+ 9/15)

Tu, Acidente automobilístico (4/15)

Ex. exp. Ossos Perna D., 34 DPQ (torç.) + Ex. exp. + FE Transarticular TN2 D.

T3 Perna direita / Flexão +

ex. inassintomática e estável clinicamente – Ao Exame – MIO (Neurovascular + Mobilidade presentes) – PD secreta

REF: NDI

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NCP

Dr. J. L. M. - 25/05/17
Médico Assistente Social
25/05/17



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

8/05/17 - 14:00

411-2 1587827 - [Josane Gabrielle Rodrigues Catarino da Silva - 09/05]

7a - Acidente auto - colisão na RE -

Ex esp. Ússus hernia D. 4x DPU (to. in. Ex esp. - FE Transarticular TNE D

DA Catarina - (Tivane) -

Evolução: hematomas estável clinicamente - Ao Exame: MIA (NeuroVascular - Mobilidade presentes - Flacidez

Ex - N34

CD: Aguardando o exame de acompanhamento clínico - to. por NCP

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
MÉDICO TRAUMATOLOGISTA
CRM 1587827

Em 08/05/2017, às 14:00h, foi realizada a consulta de rotina com o paciente JOSANE GABRIELLE RODRIGUES CATARINO DA SILVA, 34 anos, do sexo feminino, com o diagnóstico de ÚSSUS HERNIA D. 4x DPU (to. in. Ex esp. - FE Transarticular TNE D DA CATARINA - (TIVANE) -

Exame físico: MIA (NeuroVascular - Mobilidade presentes - Flacidez

Ex - N34

CD: Aguardando o exame de acompanhamento clínico - to. por NCP





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO



RELATORIO DE OPERAÇÃO

PERNAMBUCO

Nome do Paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Endereço: Rua da Liberdade, 100, Jd. Santa Helena, Recife, PE

Cidade: Recife

Operador:

Assistente:

Assistente:

Enfermeiro:

Anestesiologista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Exatidão Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

Observações (Opcional):

Realizada a cirurgia de remoção de tumor de pele no dorso do paciente, com duração de 45 minutos. O paciente foi submetido a anestesia geral. A cirurgia foi realizada com sucesso, sem complicações. O paciente foi encaminhado para observação em sala de recuperação pós-operatória. A equipe de enfermagem e o médico responsável acompanharam o paciente durante todo o procedimento. O paciente foi liberado para casa com medicação e orientações. A cirurgia foi realizada conforme o plano cirúrgico. O paciente está em boas condições clínicas. A equipe de enfermagem e o médico responsável acompanharam o paciente durante todo o procedimento. O paciente foi liberado para casa com medicação e orientações. A cirurgia foi realizada conforme o plano cirúrgico. O paciente está em boas condições clínicas.

DOI: 0042



PERNAMBUCO

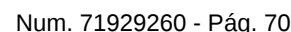
May 15 1964

1. Total no. of people who were arrested in 2000 was 100.

12-1401-2

[illegible]

[Handwritten signature]



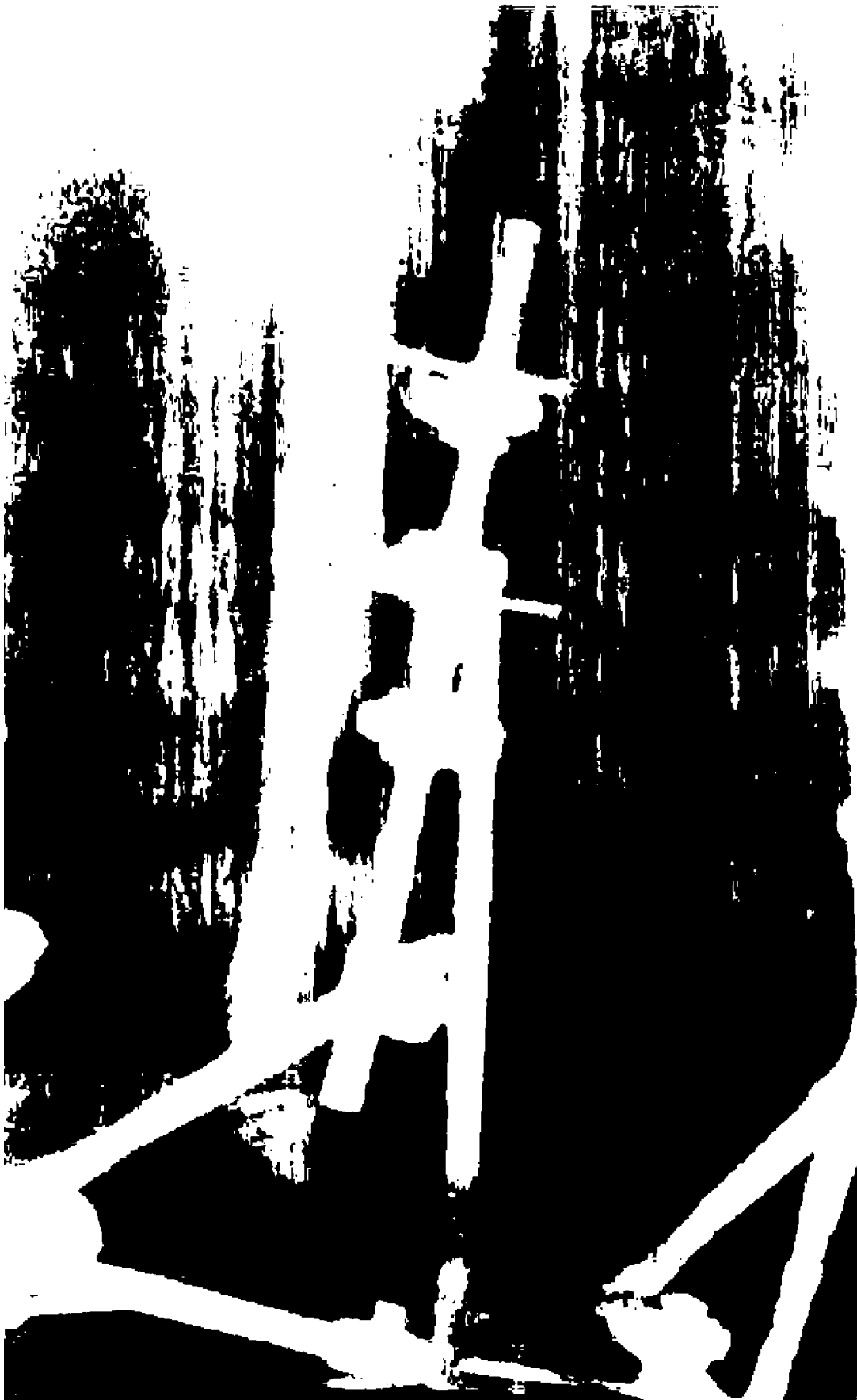




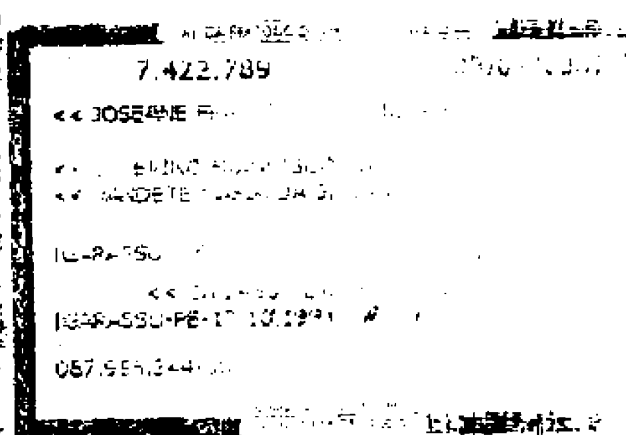
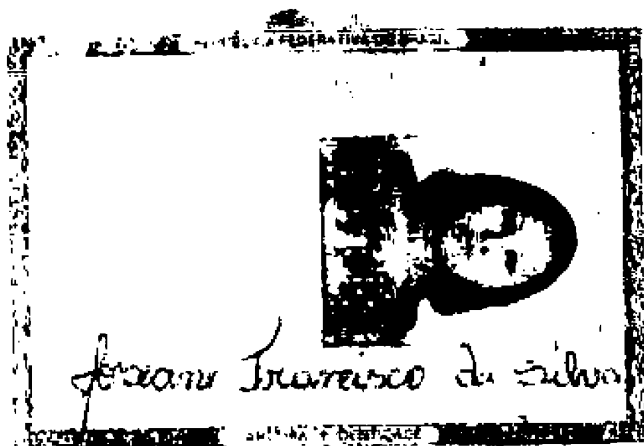




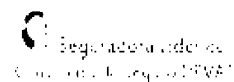








RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116259/20

Vítima: JOSEANE GABRIELLY RODRIGUES CATAN

CPF: 067.956.344-00

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 04/05/2017

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSEANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/04/2020
Nome: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
CPF: 067.956.344-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2020
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Steffany Caroliny Lins Veloso



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01361-7

CONTA: 000010046405-X

Nr. da Autenticação 2F9BD5112FFF45DD

