



Ficha de Atendimento

PROTESE  
BILQUETA

Numero do Registro

869586	Data e Hora de Atendimento: 24/09/2017 05:36	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Cod. Paciente: 1605392	Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC	Atendimento Manual :
Data de nascimento: 28/02/1988	Idade: 29a 6m 26d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante:
DOC ID / Data expedição	Mãe: ROSA GOMES DA SILVA	Cartão SUS:
Endereço: ESTRADA DE ALDEIO	Numero 1	
Bairro: ALDEIA	Complemento:	
Cidade: CAMARAGIBE	UF: PE	Telefone: 991588697
Corrências:		

Notificado 27/09/17  
Vigilância Epidemiológica Hospitalar  
VEH-HR/SES - NEP

Motivo do atendimento: ACIDENTE CAPOTAMENTO

Procedência: VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Fones:

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐  
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐  
Outros ☐

Observação:

Assistente Social  
Assistente Social - W.R.

Assistente Social - W.R.

Assistente Social

História Clínica:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO.  
HISTÓRIA ENLICA. MAS SEM  
PERDA DE CONSCIÊNCIA. TRAZIDO PELA  
CONDO DE BOMBEIRO

FATURADO

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐  
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:  
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☒ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:  
Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Que?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:

COLAR CERVICAL AUSENTE

B: Respiratório

MVV 12 APT 11 A.D.

C: Circulatório

PA: X mm Pulso: bpm

PULSO: CHEIOS, SEM ACESSO ATRÁS

ARJANA SEGURADORA  
28 AGO 2017

REALIZADO  
TOMOGRAFIA DE CERVICAL  
24/09/2017

26/09/2017

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocó.  
Glasgow: Abertura Ocular Escor: 2 Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escor: 3 Hora: Glasgow: Resposta Motora Escor: 5 Hora:

E: Exposição/Abdômen:

AD: Flácido, indolente, sem peritonismo  
lesão em anca, pantufa subcutânea

Diagnóstico Inicial: Politrauma

Cod. Procedimento

Conduta: 1 Colar cervical Abom

2 SNG 300ml EV Lento

3 Soluto R+ TONA/ROU + TC CÂRDIO/Coluna

4 Cervical / ROU  
AV - BME / NUR

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Dr. Rato, Luiz Carlos  
Cirurgia Geral  
CRM-PE 21.802

Definição do Caso:

Condição de Alta:

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

☐ Curado ☐ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Internado na Clínica:

Transferido para:

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: 24-Sep-17



**Ortomédica**  
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS  
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 48120

1ª Via Fixa

Hospital: Petropolis Convênio: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
Nome do Paciente: Edmar Manoel Gomes de Almeida Data da Cirurgia: 24.09.17  
Médico: Rafael Baptista Membro Operado: \_\_\_\_\_

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
24 Placas			
08 Parafusos			

FAT 17.000  
Rafael Baptista do Brasil  
CPF: 01.01.00  
CNPJ: 24.061.657/0001-27

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

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



## ENFERMARIA 502 8

### #IDENTIFICAÇÃO

NOME: ELVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

IDADE: 29 ANOS

REGISTRO: 1605392

ADMISSÃO HR: 24/09/17

ADMISSÃO SENEC: 25/09/2017

### #HISTÓRIA

- PG DE PREPARAÇÃO DE HEDDA A BREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

### #CONDIÇÕES:

- SOLICITO ROTINA DE ADMISSÃO
- MONITORAMENTO DE CONTROLE
- VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA
- VENTILATÓRIA
- AVAL. OFTALMO
- MCM

DR.: \_\_\_\_\_

# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

24/09/2017 05:30



Nome Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO  
Cód. Paciente:   
Data de Nascimento: 28/02/1988  
Sexo: Masculino  
Idade: 29  
Senha: U0016  
Convênio:   
Atendimento:

24/09/2017 05:30 - MARCIA LIRA DE ARAUJO - COREN: 18361 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 1 H, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA. APRESENTANDO TRAUMA DE FACE, OTORRAGIA, RINORRAGIA, INCONSCIENTE.

Observação:

-

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

Acolhido(a) por: MARCIA LIRA DE ARAUJO

Data: 24/09/2017 05:30

**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

<b>NOME:</b> SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC	<b>PRONTUÁRIO:</b> 1605392	<b>ATENDIMENTO:</b> 00870077
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 28/02/1988	<b>FOI ATENDIDO EM:</b> 24/09/2017 Às	
	<b>DATA DA ALTA:</b> 02/10/2017 ÀS 11:04	

**Diagnóstico Provável:**

TCE - HEDA À DIREITA

CID: S06.4

**Tratamento Realizado:**

DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA (24/09)

**Observação:**

AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS DA ALTA HOSPITALAR  
PROCURAR EMERGÊNCIA EM CASO DE SONOLÊNCIA, CEFALÉIA INTENSA OU VÔMITOS  
AO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA  
RETIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE 7 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR  
CONVALESCER EM SUA RESIDÊNCIA POR 60 DIAS  
TOMAR OS MEDICAMENTOS CONFORME A PRESCRIÇÃO

**Encaminhado para:**

W. Abraão Wagner  
CRM-PE 21845

ABRAÃO WAGNER PESSOA XIMENES - CRM: Nº. 21845

Recife, 02, OUTUBRO ,2017

**ATENÇÃO:**

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Silva, Manoel

869586

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

CTBMF 24/09/17 (05:40)

Vítima do acidente automobilístico (capotamento de carro) ocorrido com FCE - Trauma no tórax, do membro direito desorientado, eupneico, normocorado, afilado. Bate F: Edema - ingurgite no pericárdio (D) e outros palpáveis; fratura de costela no fêmur; 4<sup>as</sup> costelas e os fêmur, Hálito estéril, Múltiplas escoriações no fêmur.

CD: @ Solato TC

@ Acup Bmf

Dr. Allencard Silva  
Cirurgião Geral  
R. 10, 10.01

#CTBMF Paciente vítima de acidente  
24.09.17 automobilístico ao ± 04 horas.

09:40 Visto consciente, desorientado, eupneico, normocorado, apresentando edema e equimose periorbitária.

Ap exame físico BME apresenta edema e equimose periorbitária em lado @, impossibilidade de avaliar acuidade e motricidade ocular no momento, OPN e maxilares inferiores e palpáveis, paciente não colabora ao exame físico, perfizes não bem avaliadas.

CD: Sujeito TC de face + 3D

# C4BHF  
24-09-17  
10:30

Em tempo, realizei su-  
tura.  
CD: ag. tc de face  
componentes BTR

Q

24/09

NCTC

leque estivo  
s/intercorrências  
edema periorbitário  
conjuntivite

CD: Avaliação da oftalm  
colírio  
manter Atb

Dr. Jeremias Gomes  
neurocirurgia  
CRM-PE 24199





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

24/09 NCR

Realizada drenagem HODS  
Pneumotórax intermediária.  
Cordão:  
- VPM

A SR

Kaue Franke  
CRM-PB: 10367

24/09 12h7

#SRPA#

admitido às 16h43min paciente submetido a drenagem de hematoema  
extra-dural + cranioplastia, sem intervenções. Paciente chega a SR inconsciente,  
intubado, em AVN, sem oxigenação, analgesia, sem drogas vasoativas  
do xerol. ECG normal, consciente, agitado, ROT, hidratado

ACV: ECR 14x77 BNF SIS FC: 76 PA: 114x65 (EE)

Unidade: 26-54

AR: 14x22 BHT SIRA RR: 18 SatO2 100%

HCT: 38

ABD: Abdom. macio

+ Hb: 12g

EXT: Sem edemas

K: 5,78

Leucito: 4,0

ECG: ECG normal + excitação de umidade elétrica + eixo mais anterior.

Obs: 1) ABA solicita recomendação da NCR para manter oxigenação / analgesia  
por 48h, aguardar nível de consciência para iniciar a extubação  
2) Manter em analgesia / sedação

Geovs Cavalcante  
Médico  
CRM: 22330

24/10/17      Snpk Bui

Paciente pai de 1<sup>o</sup> grau AOB em BGR;  
causante, amado, esposo, acrílico  
afável, namorado, com equívoco olho (D)  
PC 82mm, FR 15mm, dreno cefálico portar  
segue em elso

Dr. Dianny Lugo Soares  
Enfermeiro  
Neurocirurgia HR  
CORREN 199773 - Mai. 31/753

25/09/17      4SRPAX

8:50 HD = ① 10 DPO de drainage de hématomas extradural + cranioplastie

Exemplo de  $A \cdot B = \emptyset$        $DUA = \emptyset$

До  $E_{\text{кв}} =$

Ap Exame:  
EGR, convicte, orientado, agitado e pouco  
colaborativo e agressivo com equipe de enfermagem  
e medica plantonista. Taquicardico leve, hipoxado 88%  
em ar ambiente PA=120x80

Empuñando a un ambiente  
 $ACU = RCR$  a 27, BNE SUS  $F_c = 114 \text{ bpm}$   $PA = 120 \times 80$   
 $AP = MVQ$  a 44T, SIRA  $FR = 20 \text{ rpm}$   $Sat = 97\%$   
 en ambiente

ABD = Plano, depressível, refere dor à palpação  
e não deixa avaliar adequadamente

MMH - 5 / edies

cd = ① Fogo 3 AMPOLA baldel 1m, agora  
② Solicito exames  
③ Alta da SRPA assim que chega.

Dra. Sonaya Ferraz  
Médica  
CRM 25.738

25/09/17

Evoluiu com EGR, comacete, depresso,  
agitado, com acesso venoso por subclav. E,  
aparecimento encefalopatia em hemifac. E. 1.º DPO  
de Dracagem de hematoma extra-celular  
PA: 128/88 sup vk 5.5VLC

30. 10. 1983  
 LOREN

## EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

SILVIO MANOEL GOMES	869586	502/08
---------------------	--------	--------

DATA: 27/09/17

10H55MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO, EGREGULAR.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITARIA BILATERAL, IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR NO MOMENTO, OPN E MANDIBULA FIRMES A PALPAÇÃO, DISCRETA MOBILIDADE EM MAXILA, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, ESCORIAÇÕES EM FACE, FERIMENTO EM REGIÃO FRONTAL JÁ SUTURADO SEM DÉBITO OU DEISCÊNCIA.

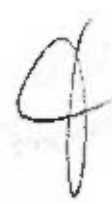
TC DE FACE SUGERE FRATURA DE MAXILA (D)

CD:

ALTA BMF

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ORIENTO DIETA LIQUIDA-PASTOSA





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: SILVIO MÂNELO GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 29/09/2017 12:09

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-L8

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 29/09/2017

Hora: 20:15

NOTA DE ADMISSÃO 502 8

ENFERMARIA 502 8

#ANAMNESE:

DA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA  
TUANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO,  
SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

COMORBIDADES: NEGA

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

ALERGIAS: NEGA

#HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SEM VAZAO ATIVA.

#MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA DQ/14 = 25/09

+ OXACILINA DQ/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA.

APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL A DIREITA, (NÃO PULSÁTIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO.

EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

- EN:

GLASGOW =13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE,

SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.

MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM

TENSÓRIO PRESERVADOS

S/SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL.

ACOMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, NEGANDO EVACUAÇÕES DESDE INTERVENÇÃO.

#CONDUTAS:

- AG ROTINA DE ADMISSÃO

- MANTER ATB

- VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA

- FST RESPIRATÓRIA

- AVAL. OFTALMO

*Dr. Jeremias Gomes*  
Neurocirurgia  
CRM-PE 24199



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 30/09/2017 07:44

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-LB

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 30/09/2017

Hora: 20:15

### EVOLUÇÃO

ENFERMARIA 502 B

#### #ANAMNESE:

- PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLACUO, ANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

COMORBIDADES: NEGA

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

ALERGIAS: NEGA

#### #HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SEM VAZAO ATIVA.

#### #MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#### #EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA.

APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL A DIREITA, (NÃO PULSÁTIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO.

EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

- EN:

++ GLASGOW = 13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM DE,

SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.

MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM

REFLEXOS PRESERVADOS

SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL.

ACOMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, NEGANDO EVACUAÇÕES DESDE INTERVENÇÃO.

### EVOLUÇÃO

CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO DURANTE EXAME, POUCO COOPERATIVO, OBEDECE A COMANDOS, SEM INTERCORRENCIAS

RELATADAS, DESCREVE UM EPISÓDIO EMÉTICO.

APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO DE HEMIFACE DIREITA, FO LIMP E SECA.

- EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL AO TOQUE

#### #CONDUTAS:

- AG ROTINA DE ADMISSÃO
- MANTER ATB
- VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA
- FST RESPIRATÓRIA

Kaue Franke  
Neurologia  
CRM-PE 25343  
CRM-PB 10904



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



OME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

CONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 01/10/2017 09:04

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-L8

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 30/09/2017

Hora: 20:15

### EVOLUÇÃO

ENFERMARIA 502 8

#### #ANAMNESE:

- HISTÓRIA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLUTUANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

MORBIDADES: NEGA

INDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

ALERGIAS: NEGA

#### #HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SEM VAZAO ATIVA.

#### #MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#### #EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA.

APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL A DIREITA, (NÃO PULSÁTIL). SECREÇÃO EM OLHO DIRETO.

EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

- EN:

++ GOSW = 13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE,

SEM SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.

MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM

SÓRIO PRESERVADOS

SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL

ACOMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, CONSTIPAÇÃO HÁ 2 DIAS.

### EVOLUÇÃO

CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO DURANTE EXAME, POUCO COOPERATIVO, OBEDECE A COMANDOS, SEM INTERCORRENCIAS RELATADAS.

APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO DE HEMIFACE DIREITA, FO LIMP E SECA.

- EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL AO TOQUE

#### #CONDUTAS:

- MANTER ATB

- VIGILANCIA NEUROLÓGICA

- FST RESPIRATÓRIA

Kaue Franke  
Neurocirurgia  
CRM - PE 25349  
CRM - PB 10362



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 02/10/2017 11:04

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-LB

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 02/10/2017

Hora: 20:15

### EVOLUÇÃO

ENFERMARIA 502 B

ANAMNESE:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLACUANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

COMORBIDADES: NEGA

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

ALERGIAS: NEGA

HÍPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA (24/09)  
FERIDA OPERATÓRIA SEM SECREÇÃO

#MEDS:

- ANTIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA. APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL A DIREITA, (NÃO PULSÁTIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO. EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

- EN:

++ GLASGOW = 13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE,

SEM SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.

REFLEXOS DE PRESERVAÇÃO GV NOS 4MM

REFLEXOS PRESERVADOS

SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL

ACOMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, CONSTIPAÇÃO HÁ 2 DIAS.

EXAME

CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO DURANTE EXAME, POUCO COOPERATIVO, OBEDECE A COMANDOS, SEM INTERCORRENCIAS

RELATADAS.

APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO DE HEMIFACE DIREITA, FO LIMP E SECA.

EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL AO TOQUE

#CONDUZAS:

- TÉRMINO ATB

- VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA

- POSSUI TC DE CRÂNIO CONTROLE SEM NOVAS LESÕES CIRÚRGICAS

- RETIRAR ACESSO VENOSO CENTRAL

- ALTA + ORIENTAÇÕES + ENCAMINHOS A AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS

Dr. Adriano Ximenes  
Médico Assistente  
M-PE 21.005



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PERNAMBUCO  
ESTADO DE PERNAMBUCO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente :

Silene Amel Gomes Almeida

Nº do Registro :

1605392

Clínica :

NOR

Nº do Leito :

Operador :

Dr. Rafael

1º Assistente :

Dr. Raul

2º Assistente :

Instrumentador :

Anestesista :

Dr. Louze

Anestesia :

Duração :

Data da Operação :

24/02

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório :

HDDA

Diagnóstico Pós-Operatório :

D "

Operação Proposta :

Drenagem HDDA + drenagem

Operação Realizada :

"

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Realizada drenagem dorsal lateralizada e superior  
 de abscesso + colocação de drenos externos  
 inseridos no plano em plano de fúo + hemostases por  
 compressão manual. Drenos + hemostases por compressão manual  
 de hemorragia espú-dural + hemostases e  
 encurtamento do dno  
 drenagem de fragmento dno + fechamento  
 do plano, e  
 colocação de drenos + hemostases por  
 compressão manual

1605392  
 24/02/2002  
 11:00



## FICHA DE ANESTESIA

Data

24/09/17

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



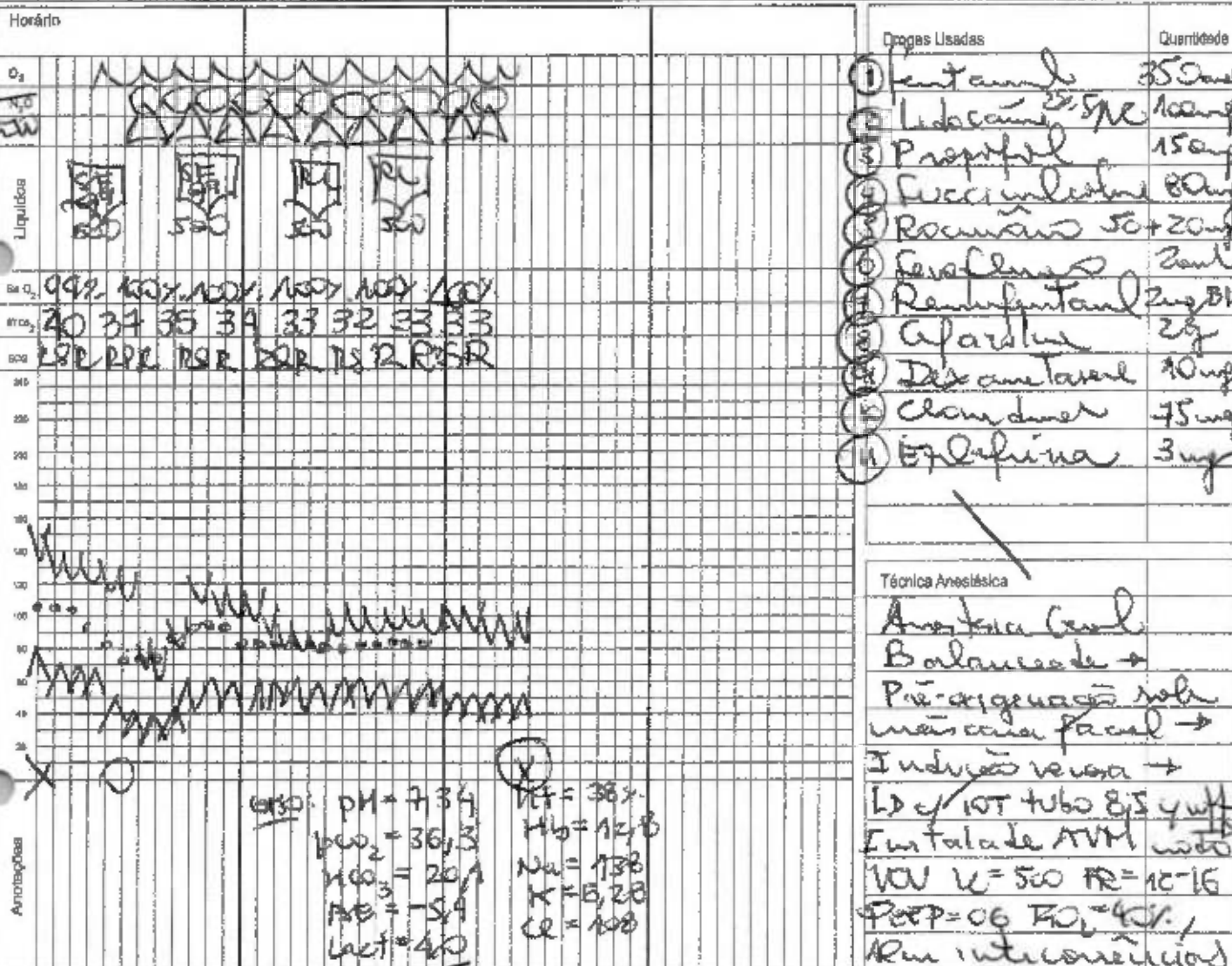
PERNAMBUCO

Paciente: **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO** Sexo: **M** Cor: **Pardo** Idade: **29a** Risco: **I**

CRM: **LOUISE @ LORENA** Nome do Anestesiologista: **RAFAEL @ CAVE** Nome do Cirurgião:

Medicação Pré-anestesia: **REG: 869586 / 1605392** Urgência: ☐ Não ☒ Sim

Cirurgia: **Drenagem hematomas extrínsecos @ Cranioplastia**



Monitorização

☒ Cardíaco

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☒ Capnógrafo

☐ Elet. Pré-Cordial

☐ Dúctos

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervos

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

**ANC VSCE**

Encaixado

☐ Acordado

☐ Serolento

☒ Intubado

Destino

☐ SRPA

☐ Apart. / Ent.

☒ UTI

☐ Extemp

Intercominça: ☒ Não ☐ Sim

Descrever: **Atenção de jejum ≥ 8h**

ECC = 12 / Desorientação

Observações: **Não a conversibilidade (Parentes)**

**Venoclave MSD (já instalada)**

Assinatura do Anestesiologista:

**Dra. Louise Brito**  
Médico Anestesiologista  
CRM 19996

**REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR**

PACIENTE: Silvio manuel Gomes REGISTRO: 1605392  
 IDADE: 99 SEXO: M F ( ) SETOR DE PROCEDENCIA: Emergência

**1-EQUIPE CIRÚRGICA**

CIRURGIÃO: Dr Rafael ANESTESISTA: Dr Louise  
 1ª AUXILIAR: Dr Karo 2ª AUXILIAR: — INSTRUMENTADOR: —  
 ENFERMEIRA: Juliana CIRCULANTE: Rita Sifano

**2-DADOS DA CIRURGIA:**

CIRURGIA: Drenagem de HEDA INICIO 14:25 TÉRMINO 16:15  
 TIPO DE ANESTESIA: geral INICIO: 13:30 TÉRMINO: 16:30

**3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS**

ESTADO GERAL: BOM ( ) REGULAR (X) GRAVE ( ) NÍVEL DE CONSCIENCIA: CONSCIENTE (X) ORIENTADO ( ) SONOLENTO ( ) SEDADO ( ) INCONSCIENTE ( )  
 RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA (X) ENTUBADO ( ) TRAQUEOSTOMIZADO ( ) CIRCULAÇÃO: FREQUENCIA CARDIACA — PULSO — PA —  
 PELE: ÍNTEGRA ( ) LESIONADA (X) DIURESE: ESPONTÂNEA (X) SONDAS ( ) DISPOSITIVO URINÁRIO ( ) ALERGIA: — PERTENCES: —  
 PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP ( ) TRICOTOMIA (X) MARCAÇÃO DO SITO CIRÚRGICO: SIM (X) NÃO ( ) PROTESE DENTÁRIA: SIM ( ) NÃO (X)

**4-TRANS-OPERATÓRIO**

POSICÃO: FOWLER ( ) LATERAL ( ) DORSAL (X) VENTRAL ( ) GINECOLÓGICA ( ) PROTEÇÃO OCULAR: SIM (X) NÃO ( ) LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: Dorso  
 CONTAGEM DE COMPRESSAS INÍCIO: □ FINAL: □□ CONTROLE DE PERFURAÇÕES: FIO AGULHADO: INÍCIO — FIM □1  
 ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM ( ) NÃO (X) QUAL: — HORA: — PREENCHEU COTA: SIM ( ) NÃO (X)  
 GARROTEAMENTO: SIM ( ) NÃO (X) TEMPO DE GARROTE: INÍCIO — FINAL: —  
 CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS — CONFERIDO POR: — HORA: —

**5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS**

MONITOR (X) OXÍMETRO (X) CAPNÓGRAFO (X) PNI (X) ASPIRADOR MONTADO (X) MANTA TÉRMICA ( ) AP.VÍDEO ( ) TORPÊDO DE NITROGÊNIO (X) TORPÊDO DE CO<sub>2</sub> ( ) BISTURI ELÉTRICO (X) MICROSCÓPIO ( ) CAVITRON ( ) INTENSIFICADOR ( ) BOMBA DE INFUSÃO ( ) DIPRIFUSOR ( ) ESTIMULADOR DE NERVOS ( ) DERMATOMO ( ) BISTURI ULTRASSÔNICO ( )  
 INSTRUMENTAIS CONSIGUINADOS SIM ( ) NÃO (X)

**6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES**

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM ( ) NÃO (X) NOME DA PEÇA: — MATERIAL: —  
 SOLUÇÃO: — IDENTIFICADO POR: —  
 CULTURA: SIM ( ) NÃO (X) EXAMES LABORATORIAIS: SIM ( ) NÃO (X) GASOMETRIA: SIM ( ) NÃO (X) RX: SIM ( ) NÃO (X)

## HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

ELABORAÇÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA

HR 40 ANOS  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃOPACIENTE Silvia Manoel Gomes do Nascimento REGISTRO 105292CIRURGIA Drenagem de HEDR data 24/09/17 CIRCULANTE Direta

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICAÇÃO	QUANT.	MEDICAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha 25x07		Fio protene s/a	1	Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
	Agulha 40x12		Fio de seda		Água destilada 10ml		Naloxona (narcan)
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocaina
	Agulha de bloqueio ( )		Fio simples		Alfentanila (rapifen)	<input type="checkbox"/>	Neostigmine
<input type="checkbox"/>	Atad. Crepe 10 cm		Fita cardíaca	1	Antibiótico <u>Kefazol</u>		Pancurônio
	Atad. Gessada	<input checked="" type="checkbox"/>	Gase		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio	<input type="checkbox"/>	Hemostático <u>surgitel</u>	<input type="checkbox"/>	Atropina	1	Propofol
	Capa de vídeo	<input type="checkbox"/>	Lâmina bisturi nº (15) <u>20</u>		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
1	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide	1	Rocurônio (esmeron)
<input type="checkbox"/>	Cat. venopunção nº 14	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica nº 7.5		Cetoprofeno	1	Sevorane
	Cat. de oxigênio	<input type="checkbox"/>	Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron	<input type="checkbox"/>	Soro fisiológico 500 ml
1	Cêra óssea	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva de procedimento	1	Dexametasona	1	Soro fisiológico 100 ml
1	C. de urina fechado (x) aberto ( )		Seringa insulina ( ) 5cc ( )		Diazepan		Soro glicosado
<input checked="" type="checkbox"/>	Compressa cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/>	Seringa 10cc (x) 20cc (x)	<input type="checkbox"/>	Dipirona		Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias	1	Sistema de drenagem <u>30</u> ( )		Dopamina		Suxametônio (quelicin)
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodo	1	Sonda endotraqueal ( ) 8.5	1	Dormonid		Tracrium
1	Eq. De bomba	1	Sonda de foley nº ( ) 16		Enflurano		Vitamina C
1	Eq. De soro		Sonda nosogástrica nº ( )	1	Etilefrina (eforil)		Vitamina K
<input type="checkbox"/>	Fio <del>eromado</del> <u>caprolyl 2-0</u>	1	Sonda uretral nº ( ) 14		Fenitoina (hidantal)		Xilocalina C/A
	Fio cromado		Torneira de 3 vias	1	Fentanil	1	Xilocalina S/A
	Fio de aço	1	Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)		Xilocalina 2ml
	Fio de aço	<input type="checkbox"/>	<u>latex 2.3 mts</u>		Gelafundin		Xilocalina gelola
1	Fio de algodão c/a 0	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>clorhexidina 2%</u>		Glicose 10ml	1	<u>utiliza</u>
	Fio de algodão c/a	<input type="checkbox"/>	<u>escorinha</u>		Gluconato de sódio		
	Fio de algodão s/a	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>serra de gile</u>		Heparina		
	Fio de algodão s/a	1	<u>algodão de neuro</u>		hidrocortisona		
1	Fio de nylon 3-0	1	<u>liga de neuro</u>		Hypnomidate		
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de nylon 2-0				isoflurano		
<input type="checkbox"/>	Fio protene c/a 4-0				Lanexat (flumazinil)		
1	Fio protene c/a 3-0				Manitol		
	Fio protene s/a				Meperidina (Dolantina)		

# FICHA DE ANESTESIA

COOP

Data

24/04/17

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO  
ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente	SILVIO RAMONEL GOMES	Sexo	M	Cor	Branca	Idade	60	Risco	AMIT
CRM	8108	Nome do Anestesiologista	ELDES	Nome do Cirurgião	DR. RALYAN				
Medicação Pré-anestésica									Urgência <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim

Cirurgia: TUMOR DO CRÂNIO; FACE E CERVICA

Horário: 11:20 / 11:25

N.º

Líquidos

ETC

10

20

30

40

50

60

70

80

90

100

110

120

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

Drogas Usadas

PROPOFOL

Quantidade

30g

Técnica Anestésica

Intubação

Monitorização

☐ Cardioscópia

☒ Oxímetro

☐ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Elet. Pré-Cordal

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volume LBP Plus

Encaminhado

☐ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☐ SRPA

☐ Apart. / Ent.

☐ UTI

☐ Extemp

Intercorrência:

☒ Não

☐ Sim

Descrever:

Observações:

Assinatura do Anestesiologista



CHARTA DE CONTROLE HÍDRICO E S

NOME: Silvia

REGISTRO:

LEITO:

14

DATA:

24/09/17

H O R A	SINAIS VITAIS:							GANHOS:			PERDAS:				
	T	P	R	PA	SAT. Q	PVC	HGT	SOROS	HEMO- DERI- VADOS		SECRE- ÇÃO GASTRI- CA	DIURE- SE	EVACU- AÇÃO	COLOS- TOMIA	DRENOS
07															
08															
09															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17		78	AUM	114											
18				85	98%										
19															
20		64	14	112	97%										
21															
22															
23															
24		132	16	121	100%										
01															
02															
03															
04		36	163	23	121	100%									
05															
06															
TOTAL															

Prescrição de Enfermagem: Obs: Paciente em Sinais vitais, SVD, de acordo com o Portador

## PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: \_\_\_\_\_

Enf / Leito: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

DIA: 24/09/18

DIA: \_\_\_\_\_

DIA: \_\_\_\_\_

DIA: \_\_\_\_\_

DIA: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
( ) Aferição de sinais vitais ( 3 vezes ao dia )
( ) Higiene Corporal ( 1 vez ao dia e se necessário )
( ) Higiene Oral ( após cada refeição e se necessário )
( ) Mudança de decúbito ( 3 em 3 horas )
( ) Aspiração ( 3 em 3 horas e se necessário )
( ) Cateterismo Intermitente ( 6 em 6 horas e se necessário )

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
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	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
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS
Frequência Cardíaca
Frequência Respiratória
Temperatura
Pressão Arterial

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10					
16					
22					
10					
16					
22					
10					
16					
22					

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

João Paulo Santana da Silva  
Téc. de Enfermagem  
C.R.E. 000.000.000

## FICHA DE CONTROLE HÍDRICO E S

NOME:

Silvia Mauer

REGISTRO:

LEITO:

14

DATA:

25-05-17

H O R A	SINAIS VITAIS:						GANHOS:				PERDAS:					
	T	P	R	PA	SAT. O <sub>2</sub>	PVC	HGT	SOROS	HEMO- DERI- VADOS			SECRE- ÇÃO GASTRI- CA	DIURE- SE	EVACU- AÇÃO	COLOS- TOMIA	DRENOS
07																
08		65	74	128	100%											
09				76												
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
01																
02																
03																
04																
05																
06																
TOTAL																
Prescrição de Enfermagem:																

## PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Silvio Manuel GomesEnf / Leito: 502-8

Registro: \_\_\_\_\_

DIA: 28/9/17 DIA: 27/09/17 DIA: 28/9/17 DIA: 29/9/17 DIA: 30/9/17

PREScrição DE ENFERMAGEM
( ) Aferição de sinais vitais ( 3 vezes ao dia )
( ) Higiene Corporal ( 1 vez ao dia e se necessário )
( ) Higiene Oral ( após cada refeição e se necessário )
( ) Mudança de decúbito ( 3 em 3 horas )
( ) Aspiração ( 3 em 3 horas e se necessário )
( ) Cateterismo Intermitente ( 6 em 6 horas e se necessário )

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10-16-22	10-16-22	10-16-22	10-16-22	10-16-22
08	09	09	09	09
09-13-20	08-12-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09-12-15-18-21-24-03-06	08-12-15-18-21-24-03-06	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	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06	09-12-15-18-21-24-03-06
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					
16		60			
22					
10		20			
16					
22					
10	36°C	36°C			
16					
22					
10	130x90	140x90	130x90		
16					
22					

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Tânia M. A.

Márcia

Tânia



## PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Silvio ManoelEnf / Leito: 002-8

Registro: \_\_\_\_\_

DIA: 11/10/14

DIA: \_\_\_\_\_

DIA: \_\_\_\_\_

DIA: \_\_\_\_\_

DIA: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
( ) Afecção de sinais vitais ( 3 vezes ao dia )
( ) Higiene Corporal ( 1 vez ao dia e se necessário )
( ) Higiene Oral ( após cada refeição e se necessário )
( ) Mudança de decúbito ( 3 em 3 horas )
( ) Aspiração ( 3 em 3 horas e se necessário )
( ) Cateterismo Intermitente ( 6 em 6 horas e se necessário )

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
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	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
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					
16					
22					
10					
16					
22					
10	36				
16					
22					
10	110 x 70				
16					
22					

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

<u>Joana</u>				
--------------	--	--	--	--

**PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO**

NOME DO PACIENTE \_\_\_\_\_

## ENFLEITO

REGISTRO N.º

Schools & Society

502-8

DIA 24.01

DIA 25/6m

D1A

DIA

DIA

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.
① Dieta p J. 2 <sup>a</sup> ed			
② Omeprazol 40mg 1x/dia			
③ Dipirona 3g + AD IV 6 / 12 hr			
④ Bromopride 10mg 4x/dia IV 8/12 hr			
⑤ Ceftriaxona 1g IV c/ 12h ou 1g IV c/ 8h			

[illegible]

CUIDADOS

Coleridine Elevado 30"

Cy + SW.

[illegible]

ASSINATURA DO MÉDICO

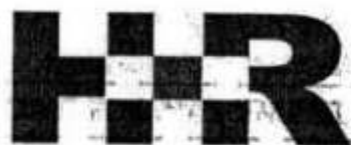
Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nivel

Reinaldo Batista de Assis  
CNPJ 01109  
CNPJ 01109

Dra. Soraya Ferraz

Dra. Soraya Ferraz  
Médica  
314 25.738

COD. 0313



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE

SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

REGISTRO

1605392

ENF/LEITO

502-08

ALERGIA MEDICAMENTOSA:

MEDICAMENTOS	02/10/2017	03/10/2017	04/10/2017	05/10/2017	06/10/2017	07/10/2017	08/10/2017
1 DIETA VIA ORAL PASTOSA SOB SUPEVISÃO							
2 SFO,9% 500 ML IV EM 24 HORAS							
3 DIPIRONA 1G/2ML: 1 AMP + AD IV DE 6/6H, SE DOR E/OU FEBRE							
4 BROMOPRIDA 10MG: 1 AMP + AD EV 8/8H SE NÁUSEA/VÔMITO							
5 OMEPRAZOL 40 MG + DILUENTE EV, EM JEJUM							
6 CAPTOPRIL 25MG: 1CP VO SE PAS $\geq$ 180 OU PAD $\geq$ 110 MMHG							
7 INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT: 0-200: 0 201-301: 4U 301-400: 8U >400: 12U							
8 GLICOSE 50%: 04 AMP EV SE HGT < 70MG/DL							
9 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML IV DE 8/8H, SE DOR INTENSA							
10 HIBOR 3500 SC DE 24/24 HORAS							
11 CEFTRIAXONA 1G + AD IV 12/12H, D=0/14 (25/09)							
12 OXACILINA 2G + 200ML SF IV 4/4H, D=0/14 (25/09)							
13 TOBREX COLÍRIO - 3GTS NOS OLHOS 3X/DIA APÓS HIGIENE							
14 HALDOL 01 FA IM SE NECESSÁRIO							
<b>CUIDADOS</b>							
1 CABECEIRA ELEVADA A 30°							
2 MEDIR DIURESE <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> PRESERVATIVO							
3 HGT SN							
4 CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS, DE 6/6 HORAS							
5 HIGIENE OCULAR C/ SORO FISIOLÓGICO							
6 FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA							
<b>ASSINATURA DO MÉDICO</b>							

Refinar a ausc. vena central





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO / SETOR NEUROCIRURGIA  
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Sélio Manoel

Data de Admissão:

Enfermaria:

502

Leito: 08

Idade:

REGISTRO:

Sexo: F( ) M(☒)

Data de admissão na NCR: 25/09/17

Procedência: SR

2. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

3. DIAGNÓSTICO INICIAL:

4. ANTECEDENTES PESSOAIS:

- ( ) Cardiopatias ( ) Doenças degenerativas ( ) Tabagismo ( ) Obesidade  
( ) DM ( ) Distúrbios Psiquiátricos ( ) Etilismo ( ) Alergias  
( ) HAS ( ) Tuberculose ( ) Uso de drogas ( ) Outros:

5. EXAME FÍSICO:

5.1 ESTADO GERAL:

- ( ) Grave ( ☒ ) Hidratado ( ☒ ) Normocorado ( ☒ ) Acianótico ( ☒ ) Anictérico  
( ) Comprometido ( ) Desidratado ( ) Hipocorado ( ) Cianótico ( ) Ictérico  
( ☒ ) Regular ( ) Anasarca ( ) Hiperorado ( ) Pálido  
( ) Febril ( ☒ ) Afebril Temperatura: \_\_\_\_\_

Tegumento/Pele:

5.2 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência:

- ( ) Consciente ( ) Orientado ( ☒ ) Desorientado ( ) Sonolento ( ) Torporoso

Pupilas:

- ( ☒ ) Fotorreagentes ( ) OD ( ) OE

- ( ☒ ) Isocóricas ( ) Anisocóricas

Drenos cefálicos: ( ) DVE ( ) DVP ( ) HEMOVAC

OUTROS:

Aspecto: \_\_\_\_\_ Volume: \_\_\_\_\_

Escala de Coma de Glasgow, total de pontos (13)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4pts)	<input type="checkbox"/> Orientado/Conversando (5pts)	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos (6pts)
<input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3pts)	<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado/Conversando (4pts)	<input checked="" type="checkbox"/> Localiza dor (5pts)
<input type="checkbox"/> A dor (2pts)	<input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas (3pts)	<input type="checkbox"/> Flexão sem localização (4pts)
<input type="checkbox"/> Sem resposta (1pt)	<input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2pts)	<input type="checkbox"/> Flexão anormal/Decort. (3pts)
	<input type="checkbox"/> Sem resposta (1pt)	<input type="checkbox"/> Extensão anormal/Descer. (2pts)
		<input type="checkbox"/> Sem resposta (1pt)



# HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO / SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Schütz, Marcel Enferm/leito: 5028 HD: ICG Data: 25/09/17

### SINAIS VITAIS

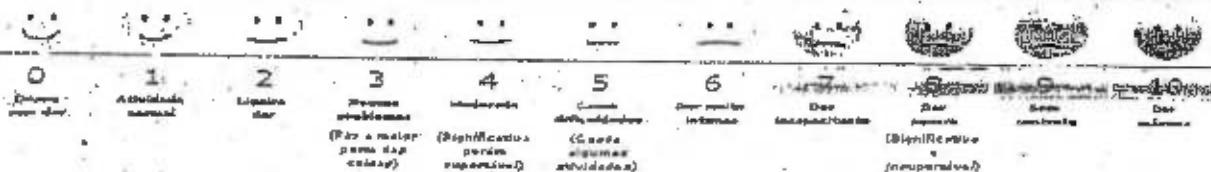
DIURNO

PA: mmHg T: FR: rpm FC: bpm DOR:

NORTUNO

PA: mmHg T: FR: rpm FC: bpm DOR:

Drumagem WEX  
Fratura de base de  
crânio.



### Escala de Coma de Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
Spontânea (4pts)	Orientado/Conversando (5pts)	Obedece a comandos (6pts)
Ao comando verbal (3pts)	Desorientado/Conversando (4pts)	Localiza dor (5pts)
A dor (2pts)	Palavras inapropriadas (3pts)	Flexão sem localização (4pts)
Sem resposta (1pt)	Sons incompreensíveis (2pts)	Flexão anormal/Desort. (3pts)
	Sem resposta (1pt)	Extensão anormal/Desort. (2pts)
		Sem resposta (1pt)

Total Dia: 13

Total noite:

### Escala de Frankel para TRM

Classificação:

- A - Ausência de função motora ou sensitiva abaixo da lesão
- B - Ausência de função motora, com algum grau de sensibilidade preservada abaixo da lesão
- C - Algum grau de função motora, mas sem utilidade prática
- D - Função motora útil abaixo da lesão
- E - Função sensitiva e motora normais, podendo ocorrer alterações de reflexo

### PLANTÃO DIURNO

Drenos: Cefálico	DVE	DVP	Torácico	Ostomias	Aspecto:	Drenagem:			
Respiração espontânea	Caráter O <sub>2</sub>	Venturi	%	AVM	Modo:	FiO <sub>2</sub> :	%	PEEP:	TOT
Dietas: Zero	VO	SNG	SNE	Emese:	episódios	Cavando	Aberta	Drenagem:	
Diurese: Presente	Ausente					Volume:			
Eliminações: Presente	Ausente há dias			Diarréia (episódios)					
Acesso venoso: Sem acesso	Periférico	Central: <u>SCG</u>	Troca em:	Aspecto:					
Inteira	Lesionada	Tipo de lesão: <u>F.O</u>	Local: <u>cefálica</u>	Aspecto:					

### PLANTÃO NOTURNO

Drenos: Cefálico	DVE	DVP	Torácico	Ostomias	Aspecto:	Drenagem:			
Respiração espontânea	Caráter O <sub>2</sub>	Venturi	%	AVM	Modo:	FiO <sub>2</sub> :	%	PEEP:	TOT
Dietas: Zero	VO	SNG	SNE	Emese:	episódios	Cavando	Aberta	Drenagem:	
Diurese: Presente	Ausente					Volume:			
Eliminações: Presente	Ausente há dias			Diarréia (episódios)					
Acesso venoso: Sem acesso	Periférico	Central: <u>SCG</u>	Troca em:	Aspecto:					
Pele: Inteira	Lesionada	Tipo de lesão:	Local:	Aspecto:					

### OBSERVAÇÕES:

### EXAMES:

Enfermeiro diurno: Ludmila Oliveira

Enfermeiro noturno:

PARECER: Pete enfraquecido

\*Pete enfraquecido sem acutar dilata, parado  
50G.

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NCR  
VANDERLÂNDIA TERESA- COREN 323665

+ admissão SH; agitado, desorientado, com curativo ocular  
em F.O repõe co, av SCE, Pete apresenta bexiga parada  
VA.  
Acom parafuso não ocorre a continuação retido a, porém a

# HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO / SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente: Silvio Manoel Enfermeiro: 302-3 HD: TCE Data: 27/5/12

### SINAIS VITAIS

#### DIURNO

PA: mmHg T: FR: rpm FC: bpm DOR:

#### NORTE/NO

PA: mmHg T: FR: rpm FC: bpm DOR:



0

Detecção normal



1

Atividade normal



2

Alguns dor



3

Dor moderada

(Faz a maior parte das atividades)



4

Atividade

(Significativa por vezes)



5

Dor moderada

(Faz a maior parte das atividades)



6

Dor moderada

(Faz a maior parte das atividades)



7

Dor moderada

(Faz a maior parte das atividades)



8

Dor moderada

(Faz a maior parte das atividades)



9

Dor moderada

(Faz a maior parte das atividades)



10

Dor moderada

(Faz a maior parte das atividades)

### Escala de Coma de Glasgow

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea (4pts) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3pts) <input type="checkbox"/> A dor (2pts) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1pt)	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado/Conversando (5pts) <input type="checkbox"/> Desorientado/Conversando (4pts) <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas (3pts) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2pts) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1pt)	<input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos (6pts) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5pts) <input type="checkbox"/> Flexão sem localização (4pts) <input type="checkbox"/> Flexão anormal/Decort. (3pts) <input type="checkbox"/> Extensão anormal/Descor. (2pts) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1pt)

Total Dia: 15

Total noite: 15

### Escala de Frankel para TRM

Classificação:

- A - Ausência de função motora ou sensitiva abaixo da lesão
- B - Ausência de função motora, com algum grau de sensibilidade preservada abaixo da lesão
- C - Algum grau de função motora, mas sem utilidade prática
- D - Função motora útil abaixo da lesão
- E - Função sensitiva e motora normais, podendo ocorrer alterações de reflexo

### PLANTÃO DIURNO

Drenos: Cefálico DVE DVP Torácico Ostomias Aspecto: Drenagem:

Respiração espontânea Caliber O<sub>2</sub> Venturi % AVM Modo: FIO<sub>2</sub>: % PEEP: TOT TOT

Diet: Zero VO SNG SNE Emese (episódios) Gavando Aberta Drenagem:

Diurese: Presente Ausente Volume:

Eliminações: Presente Ausente há dias Diarria (episódios)

Acesso venoso: Sem acesso Periférico Central: SSCE Troca em: Aspecto:

Íntegra Lesionada Tipo de lesão: FO Local: CP Aspecto:

### PLANTÃO NOTURNO

Drenos: Cefálico DVE DVP Torácico Ostomias Aspecto: Drenagem:

Respiração espontânea Caliber O<sub>2</sub> Venturi % AVM Modo: FIO<sub>2</sub>: % PEEP: TOT TOT

Diet: Zero VO SNG SNE Emese (episódios) Gavando Aberta Drenagem:

Diurese: Presente Ausente Volume:

Eliminações: Presente Ausente há dias Diarria (episódios)

Acesso venoso: Sem acesso Periférico Central: VSCE Troca em: Aspecto:

Pele: Íntegra Lesionada Tipo de lesão: FO Local: OFFALICE Aspecto:

### OBSERVAÇÕES:

#### EXAMES:

Enfermeiro diurno: Glória

Enfermeiro noturno:

#### PARECER:

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NCR  
VANDERLÂNDIA TERESA - COREN 323666

Enfermeiro  
COREN 277069

Enfermeiro  
COREN 245112

50218



# LAUDO PAR PROCEDIMEN

DE  
(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

Sélio Gomes Gomes de Jesus Mendes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1605392

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

de de crômio s/c

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

os - op.

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25 / 09 / 2017

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

Kax Frenck 25.349

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

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)





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

PROTESE  
ETIQUETA

Numero do Registro

<b>869586</b>	Data e Hora de Atendimento: 24/09/2017 05:36	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Cod. Paciente: 1605392 Data de nascimento: 28/02/1988 Estado Civil: SOLTEIRO	Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC Idade: 29a 6m 26d Profissão:	Sexo: MASCULINO Acompanhante:
DOC ID / Data expedição 1	Mãe: ROSA GOMES DA SILVA Pai:	Cartão SUS:
Endereço: ESTRADA DE ALDEIA Bairro: ALDEIA Cidade: CAMARAGIBE	UF: PE	Telefone: 991588697

Notificação 24/09/17  
Vigilância Epidemiológica Hospital  
VEH-HR/SES - NEP

Corrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE CAPOTAMENTO

Procedência: VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social: Dependência dos familiares em atendimento

Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social Assistente Social - HR. Lau CA 23338
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. Publico <input type="checkbox"/>		
Outros <input type="checkbox"/>		
Observação:		Assistente Social

História Clínica:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO.  
HÁLITO ENLICO. MAS SEM TRAUMA  
PENSA DE CONSCIÊNCIA. TRATADO POR  
CONDO DE TAMBORIL

FATURADO

Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Altura:	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Que?			

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
COLAR CERVICAL AUSENTE			
B: Respiratório	MVA 240 mmHg S.A.A.		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso:	bpm
PULSO: 110 bpm, SEM AUSENCIA DE FIBRILACAO			

REALIZADO  
10/09/2017  
DATA: 24/09/2017  
MÉDICO: [assinatura]  
FÉRMENCO: [assinatura]

24/09/2017  
[assinatura]

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocó.  
 Glasgow: Abertura Ocular Escor: 2 Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escor: 3 Hora: Glasgow: Resposta Motora Escor: 5 Hora:

E: Exposição/Abdômen:

ADD: FLACCO, INDA, SEM PERITONEO  
 BETA EM ANCA PERITONIA Superior

Diagnóstico Inicial: POLIPLAVIA

Cod. Procedimento

Conduta: 1 COLAR CERVICAL AGORA

2 SUE 300ml 3 LIMP

3 SUEITO R+ TONA/PELE + TC CÂRDIO/CADENA

4 CERVICAL / PELE  
 AV - BME / NUP

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Dr. Roberto Mendes Coelho  
 Cirurgião Geral  
 CRM-PE 21.902

Definição do Caso:

Condição de Alta:

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

☐ Curado ☐ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Internado na Clínica:

Transferido para:

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: 24-Sep-17

**Ortomédica**

COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA. E

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS  
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

**Nº 48120**

1ª Via Fixa

Hospital Estimote Convênio: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_Nome do Paciente: Elton Manoel Gomes de Almeida Data da Cirurgia: 26.08.12Médico: Rafael Baptista Membro Operado: \_\_\_\_\_

MATERIAL

ESPECIFICAÇÃO

QUANT.

LOTE

24 Alares  
08 ParafusosRafael Baptista do Nascimento  
CPF: 01150  
CNPJ: 24.061.657/0001-27

FAT. 120

PARAFUSOS CORTICAIS

Nº

QUANT.

LOTE

PARAFUSOS DE  
BLOQUEIO

Nº

QUANT.

LOTE

PARAFUSOS PARA  
HASTE BLOQUEADA

Nº

QUANT.

LOTE

PARAFUSOS  
CANULADOS

Nº

QUANT.

LOTE

PARAFUSOS DE  
INTERFERÊNCIA

Nº

QUANT.

LOTE

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_

# HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

24/09/2017 05:30



Nome Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 28/02/1988  
Sexo: Masculino  
Idade: 29  
Senha: U0016  
Convênio:  
Atendimento:

24/09/2017 05:30 - MARCIA LIRA DE ARAUJO - COREN: 18361 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 1 H, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA. APRESENTANDO TRAUMA DE FACE, OTORRAGIA, RINORRAGIA, INCONSCIENTE.

Observação:

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

Acolhido(a) por: MARCIA LIRA DE ARAUJO  
Data: 24/09/2017 05:30

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

<b>NOME:</b> SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC	<b>PRONTUÁRIO:</b> 1605392	<b>ATENDIMENTO:</b> 00870077
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 28/02/1988	<b>FOI ATENDIDO EM:</b> 24/09/2017 Às	
	<b>DATA DA ALTA:</b> 02/10/2017 ÀS 11:04	

**Diagnóstico Provável:**

TCE - HEDA À DIREITA

CID: S06.4

**Tratamento Realizado:**

DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA (24/09)

**Observação:**

AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS DA ALTA HOSPITALAR  
PROCURAR EMERGÊNCIA EM CASO DE SONOLÊNCIA, CEFALÉIA INTENSA OU VÔMITOS  
AO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA  
RETIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE 7 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR  
CONVALESCER EM SUA RESIDÊNCIA POR 60 DIAS  
TOMAR OS MEDICAMENTOS CONFORME A PRESCRIÇÃO

**Encaminhado para:**

ABRAÃO WAGNER PESSOA XIMENES - CRM: Nº 21845

Recife, 02, OUTUBRO ,2017

**ATENÇÃO:**

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



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Silvano Manoel

869586

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

CTBMEF 24/09/17 (05:40)

Vítima de acidente automobilístico (capotamento de carro) atendido com RCE e trauma no foc. No mo-

mento desorientado, supino, normoventilado, afilado.

Ref: Edema e equimose na pericula (D) e volume

palpável, fratura de crânio anterior no fronto; des-

compressão no ex-foco, Hicótilo uterino, múltiplas

exclusões no foc.

CO. @ Solado TC

@ Amp 34f

Dr. Allencard  
Reg. 10.331

#CTBMEF Paciente vítima de acidente

24.09.17 automobilístico caí ± 04 horas

09:40 visto consciente, desorientado,  
supino, normoventilado, peritendo  
escol. encefal. EGRegulada.

No exame físico BME apresenta  
edema e equimose periorbitária em  
lado @, impossibilidade de avaliar acuidade  
e motricidade ocular no momento, OPN e  
maxilares firmes a palpação, paciente não  
responde ao exame físico, porém  
res em face não suturados.

CD: Suspeita TC de face + 3D

ag. momento para sutura  
menor em BME



# CATH

24.09.17

10.30

em tempo, realize m  
tudo : q. tc de pcc

acompanhado BTE



29/09

MCT

Segu estave  
s/intercorrências  
edema peribulbar  
compatível

CD fixation da retina  
colim  
Mantem A+B

  
Dr. Humberto Gomes  
Neurocirurgia  
CRM-PR 24199



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

24/09 NOR

- Indicação de drenagem HODS  
Prontidão 07 internamentos.  
Cordão.

- VPM

- A SR

Kaue Franke  
Médico Cirurgião  
CRM-PB: 25545  
CRM-PB: 10367

24/09 PDI 7

#SRPA#

Admitido às 16h 43min paciente submetido a drenagem de hematoma  
retroauricular + comissural, sem intervenções por onde chega a SR incompleta,  
intubado, em AVM, sem sedação, analgesia, sem drogas convulsivas.

Do exame: EGB normal, consciente, agitado, ROT, subotado

ACV: ECR 11/27 BNF SIS FC: 76 PA: 114/65 (EE)

Ureterina: 86-54

AR: 11/27 DHT SIRA RE 10 Sato: 100%

HCT: 38

APD: Plano, pálido.

+ HB: 12,6

EXT: Juxta cernus

K: 5,78

hapt: 4,07

Face: Esquerda + elevação da amígdala direita + elevação da amígdala esquerda.

Out: 1) Ato recente recomendação da NOR para manter sedação/analgesia  
em 48h, agudizar nível de consciência para monitorar a extubação

2) Manter com analgesia/sedação

Geová Cavalcante  
Médico  
CRM: 22590



24/09/17

paciente port de drenagem HGS em 22.00  
camante, amarelado, com equimose oleo (D)  
re 22.00, FR 15mm, drenagem citolico perfur  
segue em observ

Dr. Dianny Luna Soares  
Enfermeiro  
Nº 199778 - M. 372536

25/09/17

SRPA

8:50

HD=1000 de drenagem de ventose

estrutural + crenoplastic

em unido =  $ATB = \phi$   $DVA = \phi$

Do Exat:

EGR, camante, amarelado, agitado e pouco

colaborativo e agitado com equimose de referenc

re media platonista. Tatuagem de 20x20, supracostal/MT

supracostal e a sobre PA=120x80

AV=RCR a 37, BNS 515 F=1144

AP=MOV @ 2 MT 7, SIRA FR=20 sup - sat=9 32.00

na sobre ABD=Plano, depressivel, repete da a progress

re na deixo camante adequadamente

MMII - 5/1.000

ca=1 Foto 3 Amola medel 1M, agite-

2 Soluto exames

3 Alta da SRPA com que resaga.

25/09/17

Examinado com EGR, camante, deitado

agitado com camante sem humidade 1.000

de drenagem de humidade

PA: 120/88

PA: 120/88

Dr. Soraya Ferraz  
Medica  
CRM 25.738

## EVOLUÇÃO

### CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL

SILVIO MANOEL GOMES	869586	502/08
---------------------	--------	--------

DATA: 27/09/17

10H55MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO, EGREGULAR.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITARIA BILATERAL, IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR NO MOMENTO, OPN E MANDIBULA FIRMES A PALPAÇÃO, DISCRETA MOBILIDADE EM MAXILA, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, ESCORIAÇÕES EM FACE, FERIMENTO EM REGIÃO FRONTAL JÁ SUTURADO SEM DÉBITO OU DEISCÊNCIA.

TC DE FACE SUGERE FRATURA DE MAXILA (D)

CD:

ALTA BMF

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ORIENTO DIETA LIQUIDA-PASTOSA





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 29/09/2017 12:09

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-L8

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 29/09/2017

Hora: 20:15

### NOTA DE ADMISSÃO 502 B

ENFERMARIA 502 B

#### #ANAMNESE:

- HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLUTUANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

COMORBIDADES: NEGA

- MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

- ALERGIAS: NEGA

#### #HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PQ DE DRENAGEM DE HEDA À DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SEM VAZÃO ATIVA.

#### #MEDS:

- ANTIBIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#### #EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA.

APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL À DIREITA, (NÃO PULSÁTIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO.

EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

- EN:

++ GLASGOW = 13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE, SEM SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.

MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM

SENSÓRIO PRESERVADOS

S/SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL.

ACOMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, NEGANDO EVACUAÇÕES DESDE INTERVENÇÃO.

#### #CONDUZAS:

- AG ROTINA DE ADMISSÃO
- MANTER ATB
- VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA
- FST RESPIRATÓRIA
- AVAL. OFTALMO

Dr. Jeremias Gomes  
Neurocirurgia  
CRM-PE 24195



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC

PRONTUÁRIO: 1605392

SEXO: Masculino

DATA NASC: 28/02/1988

DATA/HORA: 30/09/2017 07:44

ATENDIMENTO: 870077

Leito 502-L8

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 30/09/2017

Hora: 20:15

### EVOLUÇÃO

ENFERMARIA 502 8

#### #ANAMNESE:

- HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), ADMITIDO NO SERVIÇO COM NÍVEL DE CONSCIÊNCIA FLUTUANTE, DESORIENTADO, COM EDEMA FACIAL À DIREITA. APRESENTANDO HEDA IPSILATERAL E FX SOBREJACENTE A LESÃO, SUBMETIDO A DRENAGEM E CRANIOPLASTIA.

OMORBIDADES: NEGA

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO: NEGA

ALERGIAS: NEGA

#### #HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

1. - PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

+ FERIDA OPERATÓRIA: APRESENTA CONTEÚDO SANGUINOLENTO SEM VAZÃO ATIVA.

#### #MEDS:

- ANTI-BIOTERAPIA:

+ CEFTRIAXONA D0/14 = 25/09

+ OXACILINA D0/14 = 25/09

#### #EXAME FÍSICO:

REGULAR ESTADO GERAL, SONOLENTO NO MOMENTO, ACOMPANHANTE REFERE PERÍODOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA. APRESENTA EDEMA PALPEBRAL, FACIAL E CERVICAL A DIREITA, (NÃO PULSÁTIL). SECREÇÃO EM OLHO DIREITO.

EUPNEICO SOB AA, EUCORADO, HIDRATADO, HIPERTÉRMICO AO TOQUE.

DÉBITO 24H: DÉBITO HEMÁTICO

#### - EN:

++ GLASGOW = 13; OBEDECE A COMANDOS SIMPLES, MAS POUCO COOPERATIVO AO EXAME, ABERTURA OCULAR PRESENTE EM OE, SEM SINAIS DE ASSIMETRIA FACIAL.

MOTRICIDADE PRESERVADA GV NOS 4MM

REFLEXOS PRESERVADOS

SINAIS DE LIBERAÇÃO PIRAMIDAL.

ACOMPANHANTE RELATA DIURESE PRESENTE, NEGANDO EVACUAÇÕES DESDE INTERVENÇÃO.

#### EVOLUÇÃO

CONSCIENTE, ORIENTADO, SONOLENTO DURANTE EXAME, POUCO COOPERATIVO, OBEDECE A COMANDOS, SEM INTERCORRENCIAS RELATADAS, DESCREVE UM EPISÓDIO EMÉTICO.

APRESENTA EDEMA EM REGRESSÃO DE HEMIFACE DIREITA, FO LIMPA E SECA.

- EUPNEICO, HIDRATADO, AFEBRIL AO TOQUE

#### #CONDUTAS:

- AG ROTINA DE ADMISSÃO
- MANTER ATB
- VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA
- FST RESPIRATÓRIA

Kaue F. Freire  
Neurologia  
CRM - PE 25349  
CRM - PB 10802

Nome: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Pront.:01831130

Atend.:3138504

Nome Social :

Idade: 29

Dt.Nasc: 28/02/88

Profissão: OUTROS

Cidade: CAMARAGIBE

## QUEIXA PRINCIPAL / HDA

AMB RETINA CIRURGICA DRA LIDIA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TCE EM 24/09/17, EVOLUINDO COM HEMATOMA EXTRA DURAL À DIREITA, FOI SUBMETIDO À DRENAGEM DO HEMATOMA.

EM ULTIMA CONSULTA NA NEUROFTALMOLOGIA:

SOLICITO CAMPO VISUAL- 24-2

SOLICITO ANGIORESSONÂNCIA PARA ESCLARECER A SUSPEITA DE ANEURISMA DE CARÓTIDA DA RNM.

ULTIMA AVL OD: 20/60

## ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças DM ☐ HAS ☐ LUES ☐ TOXOPLASMOSE ☐ AIDS ☐ Outras ☐

Hábitos Fumante ☐ Alcoolism ☐ Drogas ☐ Outras ☐

Doenças Oculares Catarata ☐ Glaucoma ☐ Outros ☐ Usa Óculos: ☐ Sim ☐ Não

Medicação

Alergias?

Outras

## ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ Catarata ☐ Glaucoma ☐ Cegueira ☐ Desc de Retina

Observações:

## EXAMES FÍSICOS

AV		VERSÕES	
S/C <input checked="" type="checkbox"/> C/C <input type="checkbox"/> C/PH <input type="checkbox"/>	CT:		
LONGE			
OD: 20/100			
OE: 20/50	H::		
PERTO			
OD:			
OE:			

Observações: Não se aplica

REFRAÇÃO ANTERIOR					REFRAÇÃO ATUAL					TONOMETRIA	
DE	DC	EIXO	PRISMA	AVL	DE	DC	EIXO	PRISMA	AVL	<input checked="" type="checkbox"/> Sopro	<input type="checkbox"/> Goldman
OD										DIGITAL: <input type="checkbox"/> NOR <input type="checkbox"/> AUM <input type="checkbox"/> DIM OD: 12 OE: 13	
OE-0,50				20/20							

ADIÇÃO:

ADIÇÃO:

## CERATOMETRIA

	K1	K2	Eixo (Plano)		K1	K2	Eixo (Plano)
OD:				OE:			

## MEDIDA DO DESVIO

FOD	S/C <input type="checkbox"/> C/C <input type="checkbox"/>	FOE	S/C <input type="checkbox"/> C/C <input type="checkbox"/>

<b>PERTO:</b>		<b>PERTO:</b>	
<b>REFLEXOS FOTOMOTORES</b>		<b>GONIOSCÓPIA</b>	
	<b>OD</b>	<b>OE</b>	<b>OD:</b>
<b>Direto</b>			<b>OE:</b>
<b>Consensual</b>			<b>Obs:</b>
<b>DAPR</b>			

<b>BIOMICROSCOPIA</b>	
Palpebra Cílios / Via Lacrimal / Conjuntiva / Córnea / Câmara Anterior / Íris / Cristalino / Vítrec	
<b>OD</b>	<b>OE</b>
PTOSE, CONJ CALMA, CORNEA TRANSPARENTE, CAF	



OD



OE



<b>MAPEAMENTO DE RETINA E BIO DE FUNDO DO OLHO</b>	
	<b>MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO</b> SELECIONE > MAPEAMENTO DE RETINA OD: NO HIPOCORADO 1-2+, EP 0,4, VV E MAC SEM ALTERAÇÕES OE: NOC, EP 0,4, VV E MAC SEM ALTERAÇÕES

<b>HD: NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA</b>	<b>CID:</b>
<b>Olho único:</b>	<a href="#">clicar para informar o cid</a>

Motivo de Alta: [Clique Aqui](#)

CONDUTA: DRA LIDIA EXAMINA E ORIENTA:

NÃO VISUALIZO OUTROS ALTERAÇÕES NA RETINA ALÉM DA PALIDEZ DO NERVO

ORIENTO ACOMPANHAMENTO NO AMB DE NFT PARA NEUROPATIA OPTICA POS TRAUMATICA

Retirada de Corpo Estranho ☐ Retirada de Sutura ☐ Colocação Lente Contato Terapêutica ☐ Tubo de Ahmed

☐  
Ultrassom

16/11/2017 08:57:34

Dr(a): ANALINE LINS DE MEDEIROS  
CRM - 25407





Fundação Altina Ventura

Nome: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Pront.:01831130

Atend.:3231595

Nome Social :

Idade: 29

Dt.Nasc: 28/02/88

Profissão: OUTROS

Cidade: CAMARAGIBE

## QUEIXA PRINCIPAL / HDA

## AMBULATÓRIO DE NEUROFTALMOLOGIA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TCE EM 24/09/17, EVOLUINDO COM HEMATOMA EXTRA DURAL À DIREITA, FOI SUBMETIDO À DRENAGEM DO HEMATOMA. EM ULTIMA CONSULTA FOI SOLICITADO CAMPO VISUAL- 24-2 E ANGIORESSONÂNCIA PARA ESCLARECER A SUSPEITA DE ANEURISMA DE CARÓTIDA DA RNM.

TRAZ NOVO ANGIORNM: SEM ALTERAÇÕES

## ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças DM ☐ HAS ☐ LUES ☐ TOXOPLASMOSE ☐ AIDS ☐ Outras ☐Hábitos Fumante ☐ Alcoolism ☐ Drogas ☐ Outras ☐Doenças Oculares Catarata ☐ Glaucoma ☐ Outros ☐ Usa Óculos: ☐ Sim ☐ Não

## Medicação

## Alergias?

## Outras

## ANTECEDENTES FAMILIARES

☐ Catarata ☐ Glaucoma ☐ Cegueira ☐ Desc de Retina

## Observações:

## EXAMES FÍSICOS

VERSÕES	
AV S/C <input type="checkbox"/> C/C <input type="checkbox"/> C/PH <input type="checkbox"/> LONGE OD:  OE: PERTO OD:  OE:	CT:   H:

Observações: Não se aplica

## REFRAÇÃO ANTERIOR

## REFRAÇÃO ATUAL

## TONOMETRIA

DE	DC	EIXO	PRISMA	AVL	DE	DC	EIXO	PRISMA	AVL	<input type="checkbox"/> Sopro <input type="checkbox"/> Goldman
OD										DIGITAL: <input type="checkbox"/> NOR <input type="checkbox"/> AUM <input type="checkbox"/> DIM
OE										OD: OE:

ADIÇÃO:

ADIÇÃO:

## CERATOMETRIA

K1	K2	Eixo (Plano)	K1	K2	Eixo (Plano)
OD:			OE:		

## MEDIDA DO DESVIO

FOD	S/C <input type="checkbox"/> C/C <input type="checkbox"/>	FOE	S/C <input type="checkbox"/> C/C <input type="checkbox"/>
PERTO:		PERTO:	

## REFLEXOS FOTOMOTORES


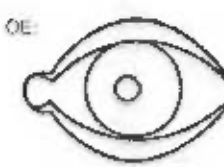
## GONIOSCOPIA

OD

OE

OD:

Direto		OE:
Consensual		Obs:
DAPR		

BIOMICROSCOPIA	
Palpebra Cílios / Via Lacrimal / Conjuntiva / Córnea / Câmara Anterior / Íris / Cristalino / Vítrec	
OD	OE
	

MAPEAMENTO DE RETINA	E	BIO DE FUNDO DO OLHO
		MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO SELECIONE > NÃO REALIZOU OD: OE:

HD: NEUROPATIA ÓPTICA TRAUMÁTICA	CID:
Olho único:	clicar para informar o cid
Motivo de Alta: Clique Aqui	

CONDUTA: DRA MARISA KATTAH:	
- EMITO LAUDO	
- ACOPAHMENTO ANUAL NO AMB GERAL	
Retirada de Corpo Estranho <input type="checkbox"/>	Retirada de Sutura <input type="checkbox"/> Colocação Lente Contato Terapêutica <input type="checkbox"/> Tubo de Ahmed <input type="checkbox"/>
Ultrassom	

23/01/2018 07:34:41

Dr(a): LUAN FELIPE BISPO ALMEIDA  
CRM - 25353

Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

Registro: 01831130

Data da emissão do Laudo: 14/11/2017

## LAUDO OFTALMOLÓGICO

Declaro que, a pedido e autorização do(a) paciente supracitado, o(a) mesmo(a) vem em acompanhamento na Fundação Altino Ventura desde o dia: 18/10/2017

### Acuidade Visual com melhor correção:

Olho direito: 20/60

Olho esquerdo: 20/20

### Hipótese Diagnóstica:


Olho direito : Neuropatia óptica Traumática, Ptose palpebral

Olho esquerdo: olho sem alterações

Paciente em acompanhamento de lesão óptica traumática em olho direito; aguarda consulta com o departamento de plástica ocular para tratamento da ptose palpebral.

CID: S040 - TRAUM DO NERVO E DAS VIAS OPTICAS

H024 - PTOSE DA PALPEBRA

  
Dr. MARISA ZAMORA KATTAH  
Fundação Altino Ventura  
CRM 10120

## SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES AO MÉDICO ASSISTENTE - SIMA

Prezado Dr(a) Oftalmologista (Fundação Altino Ventura)

Contando com sua preciosa colaboração, solicitamos o obséquio de nos fornecer os dados abaixo relacionados, que servirão para subsidiar a conclusão do exame médico-pericial. O fornecimento dessas informações, sigilosas e de utilização exclusiva para subsidiar a análise do benefício pleiteado, conta com autorização do segurado interessado ou seu responsável legal (Lei de nº 3.268/57; Lei nº 7.713/88; Lei nº 8.213/91; Lei nº 9.250/99, Decreto de nº 44.045/58; Decreto nº 3.000/99; Decreto nº 3.048/99, e Resoluções do Conselho Federal de Medicina nºs 1.246/88 e 1.484/97).

- 1- Diagnóstico / CID-10 (com CAUSA BÁSICA);
- 2- Descrever Acuidade Visual com melhor correção e outros detalhes de exame oftalmológico que considerar importantes.
- 3- Há alterações na fundoscopia? Em caso afirmativo, quais?
- 4- Descrever resultado dos últimos exames complementares realizados (se possível trazer tais exames);
- 5- Há indicação de tratamento cirúrgico? Em caso afirmativo, há pendências para realização de tal tratamento? (qual o prazo para realização de tal tratamento?) Quais pendências? Em caso de indicação de cirurgia qual o resultado e o prognóstico esperado?
- 6- Caso não haja indicação cirúrgica qual o tratamento indicado? Qual o resultado esperado? Qual o prognóstico?
- 7- O paciente apresenta prejuízo funcional significativo atualmente? JUSTIFIQUE. Tal prejuízo limita sua capacidade de dirigir veículos automotores em algum grau?

Fazer detalhar no ato do preenchimento

Atenciosamente,

Antônio Gabriel Teles Valentim  
Partido Médico Previdenciário  
SIAPE 1949610 - CREMEPE 17749

APS São Domingos  
da Mata  
Nome da APS/UAA

16/01/2018  
Data

[Assinatura]  
Assinatura e Carimbo do Médico do INSS

### SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

Eu, Salmo Manoel G. do Nascimento, RG \_\_\_\_\_, autorizo a emissão, em caráter confidencial, das informações acima solicitadas, por atenderem a meu interesse (ou interesse de) \_\_\_\_\_  
N.Reg./NB: 184.596.771 (de quem sou responsável legal).

Assinatura do Segurado ou Responsável Legal

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

H48 - Neuropatia óptica frambúscica

AVL 20/60 olho direito

20/60 olho esquerdo

Fundo de olho: Palidez de disco óptico global olho direito. Disco óptico corado olho esquerdo.

Camímetro - olho direito: comprometimento temporal global - OE - normal.

Não há indicação de cirurgia.

O paciente não possui mais vasos tumorais e/ou estereoscopia. A hemetopia existe para ambas categorias. D. Marisa Kattali

CRM 10.120  
Neurooftalmologia  
Eletrooftalmologia

[Assinatura]  
10/120

23/01/18

RECEITUÁRIO MÉDICO

<b>Paciente:</b> SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC	<b>Prontuário:</b> 1605392
<b>Clínica:</b>	<b>Atendimento:</b> 870077
	<b>Leito:</b> 502-LB

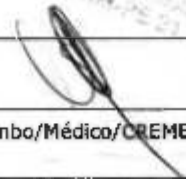
AO OFTALMOLOGISTA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (CAPOTAMENTO), SUBMETIDO À NEUROCIRURGIA PARA DRENAGEM DE HEDA EM 24/09/17. APRESENTOU EDEMA PALPEBRAL À DIREITA + SECREÇÃO IPSILATERAL, SENDO PRESCRITO TOBREX PELO OFTALMOLOGISTA EM PARECER.

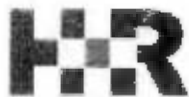
SOLICITO REAVALIAÇÃO.

GRATO.

SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO  
OFTALMOLOGISTA  
CRM-PE 23.863



<b>Data:</b> 02/10/2017	<b>Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE</b>
-------------------------	------------------------------------



**HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**  
Central de Agendamento Ambulatorial  
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



**Informações do Atendimento**

Consulta.....: 09/11/2017 13:00Hr  
Serviço.....: BUCO MAXILO FACIAL  
Médico.....: 390 - ANTONIO DE FIGUEIREDO CAUBI  
Agenda.....: 35752

**Informações do Paciente**

Paciente.....: 1605392 Same.....:  
Nome.....: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC  
Sexo.....: MASCULIN  
Fone.....: Residencial: (81) - 991588697 / Celular: (81) - 989732548 Nasc.....: 28/02/1988  
Endereço.....: ESTRADA DE ALDEIA, 1 - ALDEIA - CAMARAGIBE - PE - Cep: 54792015  
Cidade.....: CAMARAGIBE

Agendado por: VANDERSONASN



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

**FICHA DE ESCLARECIMENTO**

Nº Atendimento: 869586

Nome: Silvio Manoel Gomes

Foi atendido às 05:36 hs. do dia 24/09/17

Diagnóstico Provável:

Paciente vítima de acidente automobilístico envolvendo seu parterno de motociclo (m).

- Recuperação de 20 dias de repouso domiciliar.

- Auto tratamento / postura, dor medicada, dupl. durante tratamento.

Tratamento Realizado:

Tratamento com medicação.

Quemido ao ambulatório de Dr. Caubi s.º às 13:00 horas (pessoa menor).

Observação:

Cópia de:

Nota BM 24/09/17

Médico - CRM Nº

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

Cód. 0157



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO STC	PRONTUÁRIO: 1605392	ATENDIMENTO: 00870077
DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1988	FOI ATENDIDO EM: 24/09/2017 Às	
	DATA DA ALTA: 02/10/2017 ÀS 11:04	

**Diagnóstico Provável:**

TCE - HEDA À DIREITA

CID: S06.4

**Tratamento Realizado:**

PO DE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA (24/09)

**Observação:**

AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS DA ALTA HOSPITALAR  
PROCURAR EMERGÊNCIA EM CASO DE SONOLÊNCIA, CEFALÉIA INTENSA OU VÔMITOS  
AO AMBULATÓRIO DE OFTALMOLOGIA  
RETIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE 7 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR  
CONVALESCER EM SUA RESIDÊNCIA POR 60 DIAS  
TOMAR OS MEDICAMENTOS CONFORME A PRESCRIÇÃO

**Encaminhado para:**

Dr. Abraão Ximenes  
Médico de Emergência  
CRM-PE 21.145

ABRAÃO WAGNER PESSOA XIMENES - CRM: Nº.21145

Recife, 02, OUTUBRO ,2017

**ATENÇÃO:**

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

ARUANA SEGURADORA  
28 AGO 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 CADERNETA NACIONAL DE REGISTRO

NOME: **JOÃO MARCEL DO NASCIMENTO**  
 ENDEREÇO: **RUA: RUA GOMES DA SILVA**  
 CIDADE: **BOA VISTA**  
 ESTADO: **PA**  
 DATA DE NASCIMENTO: **28/03/1988**  
 DATA DE EMISSÃO: **02/05/2013**  
 DATA DE VALIDADE: **02/05/2015**

FOTOGRAFIA: 

ASSINATURA: 

LOCAL: **BOA VISTA**  
 DATA: **02/05/2013**  
 ASSINATURA DO EMISSOR: 

Nº de Registro: **0548035443**  
 Nº de Documento: **9663444666**

VALIDA EM TODA A TERRITÓRIO NACIONAL

ARUANA SEGURODORA  
 2 B ACS 203



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012808806878 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
SEVERINO ALVES DA SILVA

ESTRADA FRANCO GONDIM BORRELI 268 54789-370  
CASA ALDEIA KM 7 BORRALHO CAMARAGIBE-PE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO
2016		22/06/16
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	548.186.217-49	XIQ7950
RENAVAM	MARCA / MODELO	
223324973	GM/CELTA 2P LIFE	
ANO FAB.	CALIBRE	Nº CHASSI
2010	01	9BGRZ08F08G148752
PRÊMIO TARIFÁRIO		
INS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
SEGURO PAGO		
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.688/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.



ARUANA SEGURADORA  
28 AGO 2016





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO  
 DATA DO ACIDENTE 24/09/17 CPF DA VÍTIMA 071.327.324-04  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CLIO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É Procurador  
 ENDEREÇO DO PORTADOR CONEGO JOSE FERNANDES MACHADOS  
 Nº 233 COMPLEMENTO CASA BAIRRO VARZEA  
 CIDADE PELOPE UF PE CEP 50.970-230  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (81) 98552-9424

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
☐ NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
  - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
  - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 021 1204

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190504224 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE COM HEDA

**Descrição do exame físico:** VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. PERICIANDO SEM QUEIXAS, APRESENTA LAPSOS DE MEMORIA, POREM SABE INFORMAR ONDE MORA, IDADE, ESTADO CIVIL. DEAMBULA LIVREMENTE, APESAR DE SUA ACOMPANHANTE INSISTIR EM APOIÁ-LO PELO BRAÇO. APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA EM REGIÃO OCCIPITAL DIREITA, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 17/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190504224 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DO MAXILAR DIREITO.  
TRAUMA DO NERVO E DAS VIAS ÓPTICAS.  
TRAUMA DE FACE ,OTORRAGIA,RINORRAGIA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.  
P-6-17-20-37-42-50-53

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190504224 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DO MAXILAR DIREITO.  
TRAUMA DO NERVO E DAS VIAS ÓPTICAS.  
TRAUMA DE FACE ,OTORRAGIA,RINORRAGIA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.  
P-6-17-20-37-42-50-53

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190504224 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE COM HEDA

**Descrição do exame físico:** VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. PERICIANDO SEM QUEIXAS, APRESENTA LAPSOS DE MEMORIA, POREM SABE INFORMAR ONDE MORA, IDADE, ESTADO CIVIL. DEAMBULA LIVREMENTE, APESAR DE SUA ACOMPANHANTE INSISTIR EM APOIÁ-LO PELO BRAÇO. APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA EM REGIÃO OCCIPITAL DIREITA, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 17/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190504224  
Nome do(a) Examinado(a): Silvio Manoel Gomes do Nascimento  
Endereço do(a) Examinado(a): R Canada, 330 Casa  
Aldeia dos Camaras Recife PE CEP: 54783-710  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 7165615  
Data local do acidente: [ 24/09/2017 ]  
Data local do exame: [ 17/09/2019 ] RECIFE [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TCE COM HEDA**

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

**Tratamento: DRENAGEM DO HEMATOMA, SUPORTE CLÍNICO.**

**NÃO FEZ FISIOTERAPIA**

**Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES**

**Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. REALIZA CONTATO VERBAL E VISUAL COM O ENTREVISTADOR. PERICIANDO SEM QUEIXAS, APRESENTA LAPSO DE MEMORIA, POREM SABE INFORMAR ONDE MORA, IDADE, ESTADO CIVIL. DEAMBULA LIVREMENTE, APESAR DE SUA ACOMPANHANTE INSISTIR EM APOIA-LO PELO BRAÇO. APRESENTA DISCRETA ASSIMETRIA EM REGIÃO OCCIPITAL DIREITA, COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA. NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO CONTÍNUA.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim      ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

( ) Sim      ☒ (X) Não

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

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

☒ (X) "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

**Dr. Leonardo de Faria Neves**

**CPF - 045.955.274-03**

**CRM/PE - 17742**

  
Leonardo Faria Neves  
Médico  
CRM/PE 17742



---

**Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190504224**

**Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 24/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190504224**

**Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 24/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190504224**

**Vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 24/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 071.327.324-04 3 - CPF da vítima: 071.327.324-04 4 - Nome completo da vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO 6 - CPF: 071.327.324-04  
7 - Profissão: REUSA 8 - Endereço: RUA: CANADA 9 - Número: 330 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ALDEIA CAMARA 12 - Cidade: CAMARA GIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54.783-710  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81)98552.9424

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1509 1 CONTA: 30.164 7 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (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 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mãe 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.

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2º Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Camaragibe, 27/08/19

Silvio Manoel Gomes do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Poupança variação 96 em 51





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC  
DIM/9ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127004137**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/07/2018** às **16:33**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **24/9/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, ESTRADA DE ALDEIA, KM 18** - Bairro:  
**ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA ( AUTOR / AGENTE )  
SEVERINO ALVES DA SILVA ( OUTRO )  
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO ( VITIMA ) ✓

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

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

**SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSA GOMES DA SILVA** Pai: **JOAO MANOEL DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **28/2/1988** Naturalidade: **CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA CANADA, 330, PROXIMO AO ANTIGO BAR DE BOCA DE BOI - CEP: 55000-000 - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

**SEVERINO ALVES DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**CELTA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO ALVES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KIQ7950** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **223324973** Chassi: **9BGRZ08F0BG148752**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

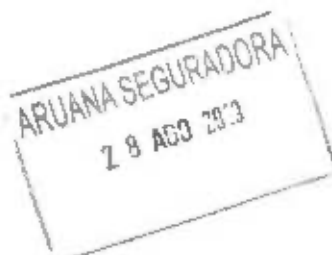
### Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NA MADRUGADA DO DIA 24 DE SETEMBRO DE 2017 VEIO SOFRER UM ACIDENTE ENQUANTO ESTAVA CONDUZINDO UM VEICULO DE UM AMIGO. QUE NESSE DIA ESTAVA CHOVENDO MUITO E COM POUCA VISIBILIDADE QUANDO SOBROU NUMA CURVA E VEIO CAPOTAR O VEICULO. O MESMO ESTAVA ACOMPANHADO POR OUTRAS TRES PESSOAS QUE NÃO SOFRERAM LESOES. O MESMO FICOU DESACORDADO, SENDO INFORMADO QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS DIRETO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, FICANDO EM ESTADO DE COMA POR CERCA DE SETE, FICANDO EM INTERNAMENTO POR DEZ DIAS. O MESMO TEVE DRENAGEM DE NEDA A DIREITA, E FEZ UMA CIRURGIA NA CABEÇA.

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

*Silvio m. gomes do nascimento*  
**SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**  
(VITIMA)

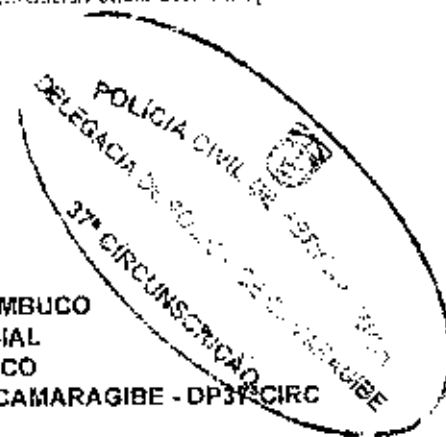
B.O. registrado por: *A* **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**



Obs: veículo que  
2 vítima estava **CARRO**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37-CIRC  
DIM/9ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127004137**

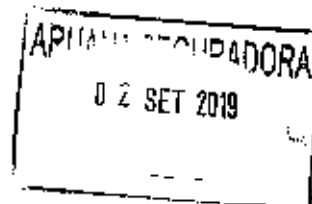
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/07/2018** às **16:33**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **24/9/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, ESTRADA DE ALDEIA, KM 18 - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)  
SEVERINO ALVES DA SILVA (OUTRO)  
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (VÍTIMA) ✓



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

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

**SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO** (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSA GOMES DA SILVA** Pai: **JOAO MANOEL DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **28/2/1988** Nacionalidade: **CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA CANADA, 330, PROXIMO AO ANTIGO BAR DE BOCA DE BOI - CEP: 55000-000 - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone da Contato: -

**SEVERINO ALVES DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

✓ **CELTA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO ALVES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIQ7950** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **223324973** Chassi: **9BGRZ08F0RG148752**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

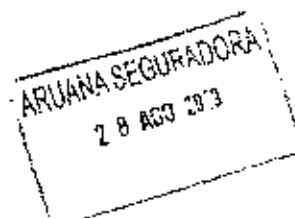
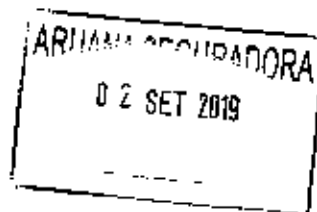
### Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NA MADRUGADA DO DIA 24 DE SETEMBRO DE 2017 VEIO SOFRER UM ACIDENTE ENQUANTO ESTAVA CONDUZINDO UM VEICULO DE UM AMIGO. QUE NESSE DIA ESTAVA CHOVENDO MUITO E COM POUCA VISIBILIDADE QUANDO SOBRUO NUMA CURVA E VEIO CAPOTAR O VEICULO. O MESMO ESTAVA ACOMPANHADO POR OUTRAS TRES PESSOAS QUE NÃO SOFRERAM LESOES. O MESMO FICOU DESACORDADO, SENDO INFORMADO QUE FÓI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS DIRETO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, FICANDO EM ESTADO DE COMA POR CERCA DE SETE, FICANDO EM INTERNAMENTO POR DEZ DIAS. O MESMO TEVE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA, E PEZ UMA CIRURGIA NA CABEÇA.

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

*Silvio m. gomes do nascimento*  
**SÍLVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 071.327.324-04 3 - CPF da vítima: 071.327.324-04 4 - Nome completo da vítima: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO 6 - CPF: 071.327.324-04  
7 - Profissão: REUSA 8 - Endereço: RUA: CANADA 9 - Número: 330 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ALDOIA CAMARA 12 - Cidade: CAMARA GIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54.783-710  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81)98552.9424

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1509 1 CONTA: 30.164 7 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (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 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/mãe 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.

34 -  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2º Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Camaragibe, 27/08/19

Silvio Manoel Gomes do Nascimento  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2019APH000782 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA , 35 anos, BRASILEIRA (a), SOLTEIRO(a), RG nº 6141955 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 056.639.994-69, residente à RUA CÔNEGO JOSÉ FERNANDES MACHADO , nº 233, CASA, VARZEA , RECIFE -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/09/2017, por volta das 04:13 hs, no endereço: RODOVIA PE 27, 19, CHÃ DE CRUZ PAUDALHO-PE, referente a um(a) CAPOTAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL CELTA CINZA KIQ7950-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO , inscrito sob o CPF nº 071.327.324-04 e Registro Geral ° 7165615, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707072-1 FELIX. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 1605392. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 15/07/2019

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbma.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000782*

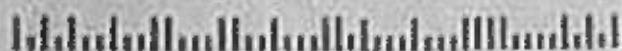
Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

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

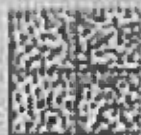


**Itaucard** 

Consulte sua fatura na Internet  
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.



CITIZENSHIP PLEDGE



SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO  
R CANADA 330  
CS - ALDEIA CAMARAS  
54783-710 CAMARAGIBE - PE

[illegible]

Data de Postagem: 05/08/2012

Data de Vencimento: 16/05/2019

Data de Fechamento (ornitor): 02/08/2019

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 02/07/2015

28-133-353





FERNANDA B D OLIVEIRA  
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233A  
VARZEA  
50970-230 RECIFE PE

Vencimento:  
18/06/2019

## Fatura Mensal

**RCHLO**

RIACHUELO

**MIDWAY**

FINANCEIRA

www.faturamentofinancas.com.br

**VISA**

### Resumo das Despesas - R\$

Saldo Anterior	1.069,50
Pagamentos/Créditos	1.069,50
Encargos	0,00
Despesas/Débitos no Brasil	582,98
Despesas/Débitos no Exterior	0,00
Saldo desta Fatura	582,98

Se houverem débitos não cobertos no período da sua fatura, você poderá não ter o valor devido quando pagar esta fatura. Se o valor das parcelas não for pago no vencimento, você poderá sofrer penalidades e o valor devido poderá aumentar. Se você não pagar no vencimento, a Fatura será considerada em atraso e você poderá sofrer penalidades e o valor devido poderá aumentar. Se você não pagar no vencimento, a Fatura será considerada em atraso e você poderá sofrer penalidades e o valor devido poderá aumentar. Se você não pagar no vencimento, a Fatura será considerada em atraso e você poderá sofrer penalidades e o valor devido poderá aumentar.

Titular: **FERNANDA B D OLIVEIRA**  
Cartão: **XXXX.XXXX.XXXX.X121**

Vencimento	Saldo a Pagar R\$
18/06/2019	582,98

Parcelamento de Fatura até o Vencimento
11x de R\$ 95,96

Atenção: Para ativar o parcelamento efetue o pagamento exato do valor da primeira parcela até o vencimento.

Outras opções de Parcelamento de Fatura até o Vencimento na folha anexa ou na Central de Atendimento
--

Parcelamento Automático
Pague qualquer valor igual ou acima de <b>R\$ 85,79</b> e saldo restante em até 15x com juros

Atenção: Se desejar antecipar parcelas ou a totalidade do financiamento entrar em contato com a Central de Atendimento para emissão de um novo boleto.

Histórico das Despesas		
DATA	DESCRIÇÃO	VALOR
18/06/19	Seguro Perda e Roubo Boleto	2,50 D
18/06/19	Acidentes Pessoais Familiar	12,95 D
	<b>FERNANDA B D OLIVEIRA</b> X121	
19/03/19	ATACADO DOS PRESENTES	03/03 25,33 D
23/04/19	SPUR BOA VISTA	02/06 50,00 D
18/05/19	CAMPOS CHOCOLATES DOA	10,00 D
18/05/19	YES COSMETICS	01/02 34,90 D
19/05/19	MELHOR COM DE ALIEM L	7,79 D
19/05/19	MELHOR COM DE ALIEM L	32,78 D
20/05/19	PRODUTOS GLOBO	17,01 D
22/05/19	JOSE MATIAS NETO MER	01/02 53,17 D
24/05/19	JOSE MATIAS NETO MER	16,80 D
24/05/19	JOSE VALDIR DA SILVA L	20,50 D
26/05/19	JOSE MATIAS NETO MER	01/02 50,22 D
27/05/19	PERINAMPICO MOTOS LTDA	10,00 D
31/05/19	EVOLUÇÃO MOTO PECAS	35,00 D
01/06/19	JOSE MATIAS NETO MER	48,40 D
03/06/19	POSTO CAYMAN LTDA	30,00 D
03/06/19	PASSIRA	43,00 D
04/06/19	VILA BELA C COMBUST	30,00 D
04/06/19	MEGA IMMOBIS	01/02 26,00 D
	<b>SUBTOTAL</b>	<b>886,83</b>
18/05/19	PAGAMENTO	1.069,50 C
18/06/19	ANUIDADE RIACHUELO - TITULAR	01/03 20,00 D

Limite para Compra		Limite para Saque	
Total	Disponível	Total	Disponível
1.340,00	410,52	134,00	134,00

Encargos			
Descrição	Taxa Juros	CET	
Refinanciamento de Saldo	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.	14,53 % a.m.
Refinanciamento Max. Próximo Mês	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.	14,53 % a.m.
Parcelamento de Fatura	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.	14,78 % a.m.
Parcelamento de Fatura Max. Próximo Mês	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.	14,78 % a.m.
Multa Contratual Por Atraso	2,00 % a.m.	0,00 % a.a.	0,00 % a.m.
Juros Remuneratórios de Atraso	13,90 % a.m.	376,74 % a.a.	14,51 % a.m.
Juros de Níveo (Pré-Rate)	1,00 % a.m.	0,00 % a.a.	0,00 % a.m.
Taxa de cobrança por Atraso	R\$ 0,00	R\$ 0,00	0,00 % a.m.

Nº Sorteio - Produtos Financeiros			
Descrição	Código	Valor	Data Sorteio
PERDA E REDUZO	084993	10.000,00	27/07/19
ACQ.PESSOAL FMA	020370	10.000,00	27/07/19

Informações importantes	
A PARTIR DE 02 DE MAIO DE 2019 O VALOR DA ANUIDADE DE SEU CARTÃO RIACHUELO SERÁ ALTERADA DE R\$ 25,00 PARA R\$ 20,00. LANÇADA CONFORME A DATA DE ANIVERSÁRIO DA ANUIDADE.	

Informamos que em caso de restrição nos órgãos de proteção ao crédito, a Empresa suspenderá a concessão do crédito, conforme cláusula contratual 5.7.

ARJANA SEGURODORA  
28 AÇO 333



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **FERNANDA BRANDAO DE OLIVEIRA**

Inscrito (a) no CPF/CNPJ **056.639.994** / **69** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

**SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO** inscrito (a) no CPF sob o nº **071.327.324** / **04**

do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

Inscrito (a) no CPF sob o nº **071.327.324** / **04** conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: **RUA CÔNEGO JOSE FERNANDES MACHADOS**

Número: **233**

Complemento: **CASA**

Bairro: **WARZEA**

Cidade: **RECIFE**

Estado: **PE**

CEP: **50.970-200**

E-mail: **fernandabrandao2013@gmail.com**

Tel (DDD): **81 98552-9424 / 81 99472-7853**

Local e Data:

**Recife, 27/08/19**

Assinatura do Declarante

