


PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ELAINE CRISTINA DA SILVA, brasileira, solteira, técnica em enfermagem, portadora da carteira de identidade RG nº 6721928 SDS/PE e CPF nº 048.294.744-67, domiciliada na Rua Antônio Menino, nº 631, Apto 102, bairro Divinópolis, Caruaru-PE, CEP: 55010-210.

OUTORGADO: DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR e MARCOS ANDRÉ BARBOSA CAMPELLO, brasileiros, casados, advogados, respectivamente inscritos na OAB/PE sob os nº 19.845 e 21.118, com endereço profissional na Rua Arquimedes de Oliveira, n.º 205, Santo Amaro, Recife-PE, CEP. 50.050-510.

Pelo presente Instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado Outorgado, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante de consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados- CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife-PE, 13 de maio de 2019.


ELAINE CRISTINA DA SILVA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LEONARDO CIRINO SILVA, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da CTPS nº 06173/00114PE e CPF nº 115.966.444-78, domiciliado na Rua Antônio Menino, nº 631, Apto 102, bairro Divinópolis, Caruaru-PE, CEP: 55010-210.

OUTORGADO: DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR e MARCOS ANDRÉ BARBOSA CAMPELLO, brasileiros, casados, advogados, respectivamente inscritos na OAB/PE sob os nº 19.845 e 21.118, com endereço profissional na Rua Arquimedes de Oliveira, n.º 205, Santo Amaro, Recife-PE, CEP: 50.050-510.

Pelo presente Instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado Outorgado, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante de consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados- CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife-PE, 13 de MAIO de 2019.


LEONARDO CIRINO SILVA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ANNA KELLY CIRINO DA SILVA, brasileira, solteira, estudante, portadora da CTPS nº 91729/00120PE e CPF nº 710.733.154-01, residente e domiciliada na Rua Antônio Menino, nº 631, Apto 102, bairro Divinópolis, Caruaru-PE, CEP: 55010-210.

OUTORGADO: DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR e MARCOS ANDRÉ BARBOSA CAMPELLO, brasileiros, casados, advogados, respectivamente inscritos na OAB/PE sob os nº 19.845 e 21.118, com endereço profissional na Rua Arquimedes de Oliveira, n.º 205, Santo Amaro, Recife-PE, CEP. 50.050-510.

Pelo presente Instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado Outorgado, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante de consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados- CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife-PE, 13 de maço de 2019.

Anna Kelly Cirino da Silva
ANNA KELLY CIRINO DA SILVA



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Elaine Cristina da Silva, inscrita no CPF sob o nº 048.294.744-67, DECLARA, sob as penas da lei, que é pobre e não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife-PE, 13 de maio de 20 19.

Elaine Cristina da Silva
Elaine Cristina da Silva



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Leonardo Cirino Silva, inscrita no CPF sob o nº 115.966.444-78, DECLARA, sob as penas da lei, que é pobre e não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife-PE, 13 de MAI de 20 19.


Leonardo Cirino Silva



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Anna Kelly Cirino da Silva, inscrita no CPF sob o nº 710.733.154-01, DECLARA, sob as penas da lei, que é pobre e não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

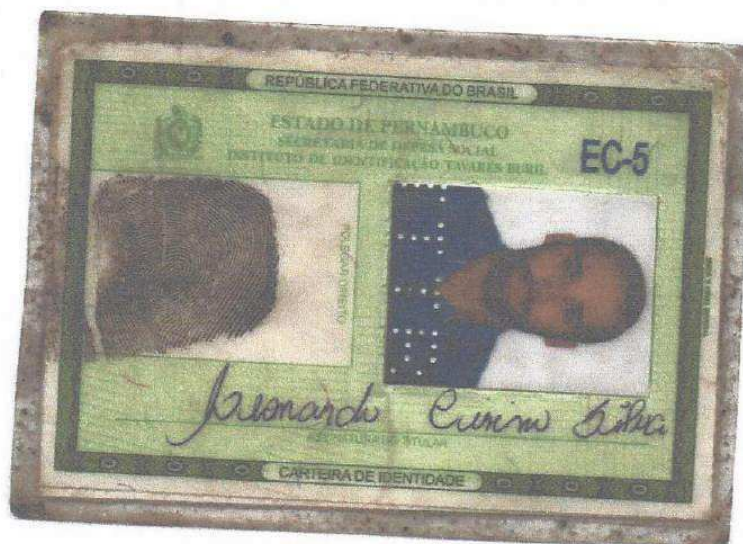
Recife-PE, 13 de março de 20 19.

Anna Kelly Cirino da Silva
Anna Kelly Cirino da Silva

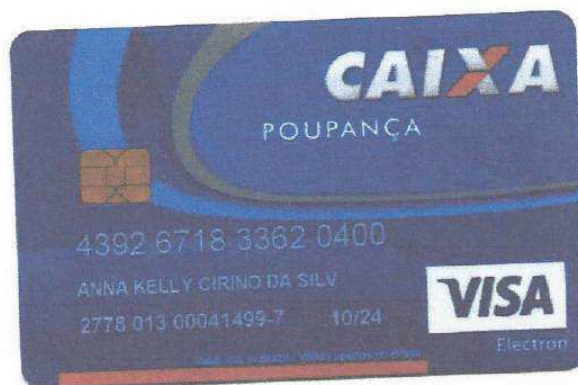












VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.684.999 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/10/2017

Nome << ANNA KELLY CIRINO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << REGINALDO CIRINO ALVES >>
<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>

NATURALIDADE CARUARU - PE DATA DE NASCIMENTO 07/09/1999

DOC. ORIGEM << 076042 01 55 2000 1 00015 116
0019430 20 CARUARU-PE >>

CPF 710.733.154-01 *Paulo de Carvalho*

ASSINADO POR: PAULO DE CARVALHO
LEI Nº 7.162 DE 1983

1017720001610130109,7713723 F-75 347.728 - 3121



A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que dê ao interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento prático do contrato individual de trabalho.

A carteira, pelos lançamentos que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examina, logo verá se o portador é um temperamento aquietado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou ainda não encontrou a própria vocação; se andou de fábrica em fábrica, como uma abelha, ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escala profissional. Pode ser um padrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcondes Filho



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL



Polegar Direito



641

14197

Número

Maria José da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Maria José da Silva
 Loc. nasc. Parque das Almas -
 Est. SP Data 08 / 06 / 1960
 Filiação Pedro Loucas da Silva e
Maria Julia da Silva
 Est. Civil Solteira Doc. N° 5789
 Fls. 118 Liv. 13- Reg. Civil 1
 Outro doc.
 Situação Militar: Doc.
 N° Órgão Est.
 Naturalizado Dec. N° Em/...../.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
 Doc. Ident. N° Exp. em/...../.....
 Estado
 Obs.
 Data Emissão 01 / 08 / 78 DRT S.2.02

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **983.583.754-68**

Nome: **MARIA JOSE DA SILVA**

Data de Nascimento: **08/06/1960**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/01/1993**

Digito Verificador: **00**

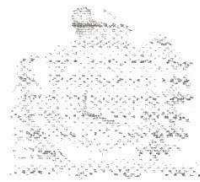
Comprovante emitido às: **15:29:21** do dia **23/10/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **785F.9DD4.3FB9.4DD0**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO -
DP4ª CIRC DIM/2ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0334000060

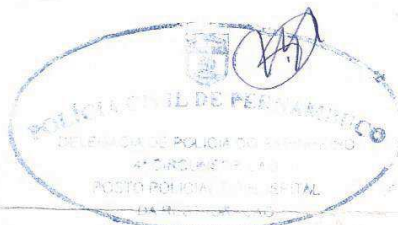
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/01/2015 às
13:57

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia 27/12/2014 às 19:15

Fato ocorrido no endereço: RUA PROFESSORA MARIA EMILIA, 1 - Bairro:
CENTENARIO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência:
IGREJA ADVENTISTA
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ELAINE CRISTINA DA SILVA (NOTICIANTE)
MARIA JOSE DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MARIA JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - NIC: 000742 Sexo: Feminino/Mãe.
MARIA JULIA DA SILVA Per: PEDRO LUCAS DA SILVA Data de Nascimento: 2/6/1989
Naturalidade: RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6667966/SD9/PE
(RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão:
COZINHEIRO(A)
Exame post-mortem: (solicitado por esta unidade operacional) IML PARA EXAME CADAVERICO
Endereço Residencial: RUA MATO GROSSO, 270 - CEP: 55000-000 - Bairro: MORRO DO BOM
JESUS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, CEMITERIO SAO ROQUE

ELAINE CRISTINA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Mãe. MARIA
JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 12/1/1984 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 6721026/SD9/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU
COMPLETO Telefones Celulares:
- 99713765

Endereço Residencial: RUA DA CRUZ, 39 - CEP: 55000-000 - Bairro: MORRO DO BOM JESUS
- CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL, CEMITERIO SAO ROQUE

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

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

14/01/2015 14:21



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

Complemento / Observação

INFORMA A NOTICIANTE QUE A VITIMA ERA SUA GENITORA E QUE A MESMA ESTAVA VOLTANDO DO TRABALHO NO DIA 27/12/2014, APROXIMADAMENTE AS 19H:15MIN, NA RUA MARIA EMILIA, BAIRRO CENTENÁRIO, MUNICIPIO DE CARUARU, QUANDO UMA MOTOCICLETA CUJA PLACA E CONDUTOR SÃO DESCONHECIDOS A ATROPELOU; QUE A VITIMA FOI LEVADA PARA CASA POR POPULARES; QUE NO DIA SEQUINTE A VITIMA FOI ENCAMINHADA PARA A UPA DE CARUARU, TENDO RECEBIDO ATENDIMENTO E ATESTADO MEDICO; QUE NO DIA 31/12/2014 A VITIMA PASSOU MAL E FOI LEVADA PARA A MESMA UPA E NO DIA 02 DO MES E ANO EM CURSO REMOVIDA PARA ESTE HOSPCOMIO ONDE PERMANECEU INTERNADA ATÉ O DIA 13/01/2015 QUANDO VEIO A OBITO AS 20H: 15MIN CONFORME GUIA DE REMOÇÃO DE CADAVER. ATENDIMENTO 446518, ASSINADA PELA DRA MARCIA ANDREA M B CAVALHO, CRM 8918, QUE DIZ: "NA 07 DIAS SOFREU ATROPELAMENTO COM TCE".

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

MARIA JOSE DA SILVA
 (VITIMA)

ELAINE CRISTINA DA SILVA
 (NOTICIANTE)

Elaine cristina da silva

S.O. registrado por: DJAIRA BARBOSA DE NELO - Matrícula: 143817

Djaira Melo



14/01/2015 14:21



República Federativa do Brasil

Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital Certidão de Óbito

NOME:

MARIA JOSÉ DA SILVA

MATRÍCULA:

074997 01 55 2015 4 00203 067 0104847 63



SEXO Feminino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Solteira, 54 anos
NATURALIDADE Riacho das Almas, Pernambuco	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG 6657968 SSP/PE	ELEITOR Sim
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA Filha de Pedro Lucas da Silva e de Maria Julia da Silva. Residência da falecida: rua Mato Grosso nº 278, Centenário, Caruaru, Pernambuco		
DATA E HORA DE FALECIMENTO Treze de janeiro de dois mil e quinze, às	DIA 13	MÊS 01 ANO 2015
LOCAL DE FALECIMENTO No Hospital da Restauração, Recife-PE		
CAUSA DA MORTE Choque no curso do tratamento de traumatismo crânioencefálico, produzido por instrumento contundente		
SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO Cemitério Parque dos Arcos, Caruaru-PE	DECLARANTE Silvio Bernardo Ferreira Cavalcanti, brasileira, CIRG nº 1337263 SSPPE, motorista, casado, residente Av. Caxangá, 1424, Cordeiro, Recife-PE	
NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO José Marcelo Cavalcanti de Lira, CRM 8930		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Ato registrado no livro C-203, às folhas 67 sob o nº 104847. Data do registro: 15 de janeiro de 2015. Data do óbito: 13 de janeiro de 2015. Profissão da falecida: Cozinheira. Data de nascimento da falecida: 8 de junho de 1960. Era eleitora. Solteira. A falecida deixa filhos, não deixa bens Não constam averbações à margem do termo.		

Nome do Ofício
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Recife, 15 de janeiro de 2015.

Oficial Registrador
Cleide Amélia Gouveia Vanderlei
Bel. Marcus Antonio de Azevedo Beltrão Junior-1º substituto
Bel.ª Rafaela Raquel Gouveia Vanderlei-2ª substituta

Município/UF
Recife-PE

Endereço
Av. João de Barros, 1750 Lojas 02/04, Espinheiro

Selo: 0074997.NXP11201401.20887
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Cleide Amélia Gouveia Vanderlei
Oficial

ATO GRATUITO

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ALTERAÇÃO OU EMENDA FOMADA NESTE DOCUMENTO

Estado de Pernambuco





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA CARUARU

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins, que compareceu à UPA-Caruaru, o Sr.(a) Maria

Joia da Silva

CPF:

RG nº 98358375468

Com a finalidade de: comunicar que a mesma está inter-

nada desde o dia 31/12/2014 em temprevisão de alta.

No turno de: diurno e noturno Horário: 31/12-09hs - temprevisão
de alta.

Caruaru, 01/01/2015

[Assinatura]
98358375468



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde:	142		
Nome do Paciente:	maria jui deoliveira	Nº do Paciente:	3477340
Clinica:	Dr. Eduardo + Dr. Jemmy +	Nº do Leito:	
Cooperador:	Dr. Vanden + Dr. Aron		
1º Assistente:		2º Assistente:	
Instrumentador:		Anestesista:	Dr. Carlos
Anestesia:	juia	Duração:	
Data da Operação:	12/1/15	Início:	
Diagnóstico Pré-Operatório:	An. aortal - comunicante posterior (D)		
Diagnóstico Pós-Operatório:	O gusano		
Operação proposta:	Ligadura de An. aortal		
Operação realizada:	A gusano		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Ponto + corpo fixo magnético + trípode + arçabo e antena + com o eletrodo
- 2) Inserir PT + acionamento posterior de todo
- 3) Desobstrução + abertura de fístula, ligadura
- 4) Ponto de entrada de braço com duplo
- 5) Lig
- 6) Identificação centralizada
- 7) Ponto de entrada e acionamento de fístula de sum
- 8) Inserir 3 corpos fixos + 2
- 9) Desobstrução 1º + Reparação de fístula com o uso de fístula



USAN - HR - EVOLUCAO DE ENFERMAGEM

Nome MARIA JOSÉ DA SILVA

Há 0 dias na UTI

Registro 1477340 Data 12/01/2015 Dia

Leito 2

DM- CLIPAGEM DE ANEURISMA CEREBRAL

PVC máx =	
PVC mín =	
SetO2 =	- %
HGT =	-
PAS =	- mmHg
PAD =	- mmHg
TAX =	- oC
FC =	- bpm

Diurese = ml em hs, à ml/h, BH:

Clearance da creatinina = %

ATBs : nenhum antibiótico

SEDAÇÃO : sem sedação

VASOATIVOS : sem vasoativos

Paciente sedado, em ventilação mecânica com PCV por tubo orotraqueal, FIO2 de 30%, PEEP 7, bem adaptada, não contactua. Com TOT há 0 dias.

Geral : Estado geral grave, mucosas desidratadas, hipocorado, boa perfusão periférica, sem edema de extremidades, acianótico, anictérico, hipertenso, normoesfigmia, afebril.

PA: 175/80 mmHg - FC: 69 bpm

Respiratório : Paciente eupnéico; marmúrio vesicular regularmente distribuído, apresentando ausculta limpa em ambos os hemitórax.

Abdomem : Abdômem plano, indolor, sem irritação peritoneal, depressível, sem organomegalias, RHA presentes, em dieta zero, sem hematêmese, sem diarreia, não apresentou vômitos. Obs. N/A

Cardiovascular : Paciente apresenta ritmo regular, bulhas.

Neuroológico : Paciente com Glasgow = 1, AO= 1, RV= 0, RM= 0, com pupilas...

Plantão Dia

Paciente admitida às 14hs, procedente do BC em POI de CLIPAGEM de ANEURISMA de ACoP, chega sedada com TOT em AVM, com PAI em ARE+ AVC em SCD+AVP em MSE, FO com curativo oclusivo + dreno PORTOVAC com drenagem hemática. Instalado SNE, Aguarda RX de controle. Segue em observação.

Plantão Noite

Renata Paiva
Enfermeira
COREN-PE 282.615
Enfermeiro - COREN



USAN - HR - EVOLUCAO DE ENFERMAGEM

Nome MARIA JOSÉ DA SILVA

Há 1 dias na U/I

Registro 1477340 Data 03/01/2015 Noite

Leito 2

DM- CLIPAGEM DE ANEURISMA CEREBRAL

PVC máx =	
PVC mín =	
SatO2 =	- %
HGT =	-
PAS =	- mmHg
PAD =	- mmHg
TAX =	- oC
FC =	- bpm

Diurese = ml em hs, à ml/h, BH:

Clearance da creatinina = %

ATBs : nenhum antibiótico

SEDAÇÃO : sem sedação

VASOATIVOS : sem vasoativos

Paciente sedado, em ventilação mecânica com PCV por tubo orotraqueal, FiO2 de 50%, PEEP 7, bem adaptado, não contactua. Com TOT há 1 dias.

Geral : Estado geral grave, mucosas desidratadas, hipocrorado, boa perfusão periférica, sem edema de extremidades, acianótico, anictérico, hipertenso, normoesfígmia, afebril.

PA: 175/80 mmHg - FC: 69 bpm

Respiratório : Paciente eupneico, murmúrio vesicular regularmente distribuído, apresentando ausculta limpa em ambos os hemitórax.

Abdomem : Abdomem plano, indolor, sem irritação peritoneal, depressível, sem organomegalias, RHA presentes, em dieta zero, sem hematêmese, sem diarreia, não apresentou vômitos. Obs.N/A

Cardiovascular : Paciente apresenta ritmo regular, , buchas.

Neurológico : Paciente com Glasgow = 1, AO= 1, RV= 0, RM= 0, com pupilas , ,

Plantão Dia Paciente admitida às 14hs, procedente do BC em POI de CLIPAGEM de ANEURISMA de ACoP, chega sedado com TOT em AVM, com 2Al em ARE, AVC em SCD+AVP em MSE, FO com curativo oclusivo + dreno PORTOVAC com drenagem hemática, instalado SNE, Aguarda RX de controle. Segue em observação.

Plantão Noite Paciente evolui EGG, em uso de precedex, desligado fentanil às 20h20. FO cefálica externamente limpa. Hematoma periorbital em OD. Dieta zero. Em AVM por TOT (PCV, FiO2 25%, Peep 7). AVC em VSCD, viabilizando HDT 63 ml/h. Iniciado nupride em BH 3ml/h. Diurese presente por SVD, aspecto concentrado.

Repasado SNE.

EnP Ludmila Outtes

Ludmila Outtes
Enfermeira
03/01/2015

COPIA
03/01/2015

13/01/15 Justo pela ocit



USAN - HR - EVOLUCAO DE ENFERMAGEM

Nome MARIA JOSÉ DA SILVA

Há 1 dias na UTI

Registro 1477340 Data 13/01/2015 Dia

Leito 2

DM- CLIPAGEM DE ANEURISMA CEREBRAL

PVC máx =	
PVC mín =	
SpO2 =	- %
HGT =	-
PAS =	- mmHg
PAD =	- mmHg
TAX =	- aC
FC =	- bpm

Diurese = ml em hs, à ml/h, - BH:

Clearance da creatinina = %

ATBs: nenhum antibiótico

SEDAÇÃO: sem sedação

VASOATIVOS: sem vasoativos

Paciente comatoso, em ventilação mecânica com PCV por tubo orotraqueal, FIO2 de 30%, PEEP 7, bem adaptado, não contactua. Com TOT há 1 dia.

Geral: Estado geral grave, mucosas desidratadas, hipocrado, boa perfusão periférica, sem edema de extremidades, acianótico, anictérico, normotenso, normoesfigmia, afebril.

PA: 136/94 mmHg - FC: 69 bpm

Respiratório: Paciente eupnéico, murmúrio vesicular regularmente distribuído, apresentando ausculta limpa em ambos os hemitórax.

Abdomem: Abdomem plano, indolor, sem irritação peritoneal, depressível, sem organomegalias, RHA presentes, em dieta zero, sem hematêmese, sem diarreia, não apresentou vômitos. Obs. N/A

Cardiovascular: Paciente apresenta ritmo regular, - bulhas.

Neurológico: Paciente com Glasgow = 3, AO= 1, RV= 1, RM= 1, com pupilas, -

Plantão Dia Paciente evolui EGG, em uso de alpride. FO cefálica externamente limpa. Hematoma periorbital em OD. Dieta zero. Em AVM por TOT (PCV, FIO2 25%, Peep 7). AVC em VSCD, viabilizando HDT 63 ml/h. Diurese presente por SVD, aspecto concentrado.

Plantão Noite 20:30h - Paciente com EGG, comatose, midríase bilateral. Em tubos TOT, em AVM. Apresenta febre recorrente a 38,0°C. Escarabato ODto por hipoxia. Encaminhado ao neurologia.

Enfermeiro - COREN 350.658



SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

PACIENTE: MARIA JOSÉ DA SILVA

Leito: 02

FC: 92 bpm	PA: 155/85 mmHg	SPO2: 93%	T: 36,5°C	PR: 13/13 ipm	GLASGOW: 15
SEL: 8	HR: 8	DVA: 8	HB: 8	LEUCO: 13.1 ipm	RAMSAY: 05
PH: 7,38	PaCO2: 42	PaO2: 82	HCO3: 26	SaO2: 93%	NO: 10
(T)OT dia: 25/	(T)OT: 2	MODU: REV	Pico: 13/13	PEEP: 0,7 cmHg	TEMP: 1,075
PRO2: 25%	PR: 13/13 ipm	Vt: 475 ml	FEV1: 1,33	SENS: 2 cmHg	IRIS: 0
Cust: 25%	PR: 13/13 ipm	Fluxo: 13/13	PEEP: 0,7 cmHg	IRIS: 0	
MRL: 25%	MSD/E: 2	MD/E: 2	TOTAL: 13/13		

Data:	Especialidade:
12/01	Fisioterapia Respiratória
TRRDE	
<p>Paciente admitida ao USAM proveniente do bloco cirúrgico com a seguinte descrição de cirurgia: artéria coronária anterior, artéria de USA, fúscula III no dia 08/01. Em angiografia realizada anteriormente, constatamos presença de estenose em artéria vertical direita + artéria coronária anterior direita. Para este caso, foi realizado o seguinte procedimento: colocação de cateter + aspiração de Co. 200 ml, com a finalidade de remover o coágulo de artéria vertical direita + artéria coronária anterior direita. Conclusão: artéria AMH com REV + PEP. Cateter removido. Monitoramento da PEP. Aperto Ventilatório. Sedação: Demorol 20ml (contém 109 mg/ml).</p>	
<p>Gasometria:</p> <p>PO2: 32,1</p> <p>PO2: 104,7</p> <p>PH: 7,442</p> <p>SO2: 98,0%</p> <p>HCO3: 21,5</p> <p>BE: -2,0</p> <p>IO2: 349,1</p>	



BOX B-9



PARECER CARDIOLÓGICO

1. NOME: Maria José Silva
IDADE: 54 SEXO: F PROFISSÃO: cozinheira
CIRURGIA PROPOSTA: NCR

2. ANTECEDENTES

n AVC sim FUMO por 20 anos
n ALERGIA A DROGAS sim HIPERTENSÃO ARTERIAL
n DIABETES MELLITUS n INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
n DOENÇA CORONARIANA n INSUFICIÊNCIA RENAL
n DOENÇA PULMONAR sim CIRURGIAS PRÉVIAS 1
n OUTRAS ENDOCRINOPATIAS OUTROS: intercorrências

3. INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

sem queixas no momento
no entanto refere cansaço e dor torácica aos
4. MEDICAÇÕES EM USO esforços

5. EXAME FÍSICO

Exame físico compatível a D
torção jugular (+) PA - 180/110
ACV - RCR 2T BNF s. sist FM e FT

6. ELETROCARDIOGRAMA

ritmo sinusal
SVE

7. OUTROS EXAMES

Hb - 14 leu 9.500
TPM INR 1,0 AS, 1 V-51 Cr 0,2

8. CONCLUSÃO

9. OBSERVAÇÕES

Solicitado Ecocardiograma
melhor avaliação de risco cirúrgico
Paciente laborista, exame físico alterado
Recife, 09/01/15

MÉDICO



levar para EL 25

ETIQUETA

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Número do registro:

416518

Data e Hora de Atendimento:
02/01/2015 15:37

Local de Entrada: EMERGENCIA CLINICA
Atendimento realizado:

Paciente: 1477340

Paciente: MARIA JOSE DA SILVA SIC

Nascimento: 03/06/1960

Idade: 54a 6m 25d

Sexo: FEMININO

Civil: SOLTEIRO

Profissão:

acompanhante

Data expedição

Mãe: MARIA JULIA DA SILVA

Cartão SUS: 704208069734841

Pai:

Endereço: RUA MATO GROSSO
MORRO DO BOM JESUS
CARUARU

Número: 270

Complemento:

UF: PE Telefone: 93713755

Indicação: 03/03/15. Paciente permanece aguardando ponto para a verificação

Local de atendimento: ENCM. NEUROLOGIA (RESSUSCITAÇÃO)

Atendimento: UPA CARUARU

Indicações do Serviço Social: Resende apresentando conf. dados 4/1/15

Indicação de Nome:

Fones

Assistente Social

Indicação de endereço:

Indicações: Alta ☐ Caso Social ☐

Indicações: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons. Tutelar ☐ Residência ☐ Mant. Público ☐ Assistente Social

Indicações:

INDICAMENTOS ANTERIORES: 02/01/2015 15:37

História Clínica:

Paciente com déficit visual, hemiparesia + no
direito há 24h. Há tóxicos sobre o tronco
do couro cabeludo, sem desmaios ou vômitos. Após 2 de
trauma, evolui com apatia e vômitos e
com sintomas em olhos D.

Resultado dos Exames

AO ET: Altera, face de dor
cabeça esquerda.

Cod. Procedim.

Exame/Procedimentos

✓ Sind. de fratura de IV a D.

Ass. Médico

Intervenção Cirúrgica: ☒ Sim ☐ Não

Indicação de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Prognóstico Definitivo:

Sind. de fratura de IV a D.
CP de crânio e orbitas

Dr. Suelen dos
Neurologia
CRM 16550

02/01/15



PA 63661022 - MARIA JOSE DA SILVA 54 anos 6 meses 23 dias Sexo: F
Id.(a): 22320 - ANANDA VICENTE PINHEIRO SANTOS
Unidade: UCR-UPA CARUARU - Posto: 000001 - URGÊNCIA Prontuário: 661554 Cód.SUS:
Atividade Estimada: 31/12/2014 22:42:55
Data de Nascimento: 08/06/1960

HEMOGRAMA

Resultado Atual	Resultados Anteriores			Valor de Referência	
	Laudo Evolutivo				
				Homens	Mulheres
ERITROGRAMA					
Hemácias	4,26 $10^6/\mu\text{L}$	---	---	---	4,4 - 5,6 4,0 - 5,4 $10^6/\mu\text{L}$
Hemoglobina	14,0 g/dL	---	---	---	13,0 - 18,0 12,0 - 16,0 g/dL
Hematócrito	41,4 %	---	---	---	40 - 52 35 - 47 %
M	97,2 fL	---	---	---	80 - 100 80 - 100 fL
CM	32,9 pg	---	---	---	27 - 32 27 - 32 pg
HCM	33,8 g/dL	---	---	---	32 - 37 32 - 37 g/dL
DW	11,4 %	---	---	---	Até 15 Até 15 %

LEUCOGRAMA

Leucócitos	100 %	9500 /μL	---	100 %	3500 - 11000 /μL
Neutrófilos	54,7 %	5197 /μL	---	50 - 70 %	2500 - 7000 /μL
Eosinófilos	3,6 %	342 /μL	---	1 - 6 %	100 - 600 /μL
Basófilos	0,7 %	67 /μL	---	0 - 2 %	0 - 200 /μL
Linfócitos	35,4 %	3363 /μL	---	20 - 30 %	1000 - 3000 /μL
Monócitos	5,6 %	532 /μL	---	2 - 12 %	100 - 800 /μL
Plaquetas	275.000	/μL	---	140.000 - 450.000	/μL

Baseado na orientação do International Society for Laboratory Hematology na qual deve haver uma padronização para liberação de exames de hemograma, incluindo o diferencial de leucócitos e de acordo com o Colégio Americano de Patologistas que orienta que neutrófilos bastonetes está presente entre 5 a 10% dos hemogramas normais, foi padronizada pelo Laboratório Científicas do grupo DASA que a liberação de bastonetes é realizada quando ocorrerem acima de 6% do total de neutrófilos.

at: SANGUE

Método: AUTOMAÇÃO

Data Assinatura: 31/12/2014 23:05:55

CK-MB - CREATINOFOSFOQUINASE MB

Resultado
25 U/L

Valor de Referência:
De 7 a 25 U/L

Os valores de referência a partir de 11/03/2011.

Material: SORO

Método: IMUNOINIBIÇÃO - I-CC

[Assinatura]

Liberação por:
NELLEN FERNANDA DE AZEVEDO
Responsável:
DRA. JOAQUINA BARROS PALHOSSTON - CRM: 1489-2

Data Assinatura: 31/12/2014 23:05:55

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

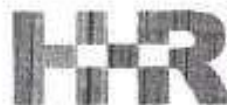
"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua: Dr. João Tavares de Moura, 57 Petropolis 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5325

Data de Imagem: 31/12/2014 22:11:58 Página: 1/2





EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Maria José da Silva
REG: 1477340 IDADE: 54 LEITO: 02 CLÍNICA DE ORIGEM: Emerg.
DATA DA EVOLUÇÃO: 13.01.2015 EVOLUÇÃO: Dissuol.

DIAGNÓSTICOS: 1º DPO Oligoagora anisocoria
ACoP
HSA Fisher III
Multiplas anisocorias

PARÂMETROS DAS 24 HORAS 17h.

PAM: <u>98-130</u>	PIC: <u>—</u>	PPC: <u>—</u>	TEMP. C: <u>—</u>
TEMP. A: <u>≤ 36,5</u>	FC: <u>71-92</u>	HGT: <u>67-152</u>	DVE: <u>—</u>
DIURESE: <u>1650 ml</u>	BH: <u>—</u>	DU: <u>—</u>	DRENO: <u>80</u>

LISTA DE PROBLEMAS:

- Etilismo
- Tabaquismo
-
-

EXAME FÍSICO

Bem adaptado à AVN em PAU (PEEP 7
Fra 25%) MV ⊕ anisocoria SpO2 100%
FC 78 bpm PA 133x94 (107)

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ATUAL: () consciente () sonolento () orientado ☒ contra () confuso

() agitado () apático () coma induzido () atende a comandos

ESCALA DE SEDAÇÃO RASS: () -5 () -4 () -3 () -2 () -1 () 0 () +1 () +2 () +3 () +4

ESCALA COMA DE GLASGOW: AO 1 RV 1 EM 1 → TOTAL: 3

GLASGOW MOTOR: — (quando o Glasgow não pode ser aferido, após intubação)

PUPILAS: () isocoria ☒ anisocoria → E 2.D anisocoria RF M ⊕

AValiação VISUAL: () visão normal () homíoptico — () anisoptico () prejudicado

AValiação MOTORA: () força normal () hemiparesia — () paraparesia () quadriparesia

☒ ausente

RESPOSTAS MOTORAS ANORMAIS: () hiperreflexia () clonus () descrebração () ausente

LINGUAGEM: () normal () disartria () afasia — prejudicado () ausente → OTOT () TQT

PARAS CRANIANOS: —

CATETER PIC () sim ☒ não VALOR: —

DVE: ☒ não () sim → data de colocação: —



POSIÇÃO DA DVE: () padrão à 15cm do tragus () modificada:
 MODIFICADA/ MOTIVO → _____
 LCR: () límpido () xantocórneo () turvo () hemorrágico () purulento
 DVP: (x) não () sim → SÍTIO: _____ DATA: ____/____/____
 CVC () não (x) sim SÍTIO: SCD INSERIDO EM: ____/____/____ FLOGOSE: () SIM () NÃO
 PAI: () não (x) sim SÍTIO: _____ INSERIDO EM: ____/____/____
 VIA AÉREA (x) TOT () TOT () espontâneo
 SNE (x) sim () não () gastropstomia DIETA VOLUME: _____
 SVD (x) sim () não OUTROS: _____
 CORTICOIDE () sim (x) não DOSE: _____
 ALERGIAS () sim (x) não QUAIS: _____
 PROFILAXIA TVP (x) não () sim → () clexane/ heparinas () peroxinas
 SOLICITAR DOPPLER: () sim () não
 SEDAÇÃO: Dormonid (x) não () sim Fentanil (x) não () sim Propofol (x) não () sim
 OBJETIVO DA SEDAÇÃO: HIC () Analgesia () Hipnose () Ansiólise () Delírium () outros: _____
 Noradrenalina (x) não () sim → VAZÃO: →
 Nipride () não (x) sim → VAZÃO: → 2ml/h
 ANTIBIÓTICOS → DATA INÍCIO: φ

INTERCORRÊNCIAS

Hipertensão em uso de nifedipina
 Sedoanalgesia suspensa há
 02h
 ECG O3 RHM φ Corneopalpe-
 ral ⊕ Tórax ⊕
 Ausculta (ESD)
 TC crânio (POI) com redução
 de compressão e discreto DEM

PROGRAMAÇÃO/ DECISÃO TERAPÊUTICA:

- TC crânio urgente
- Faio LSH (Nale 77)
- Reposição K⁺
- Vigiar densidade urinária

Dra. Rosângela C.
 Medicina Interna
 CRP 12.211

ASSINATURA CARIMBO

13/01/15

08:30

DATA HORÁRIO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Maria Jose da Silva

02

1477340

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Em tempo (13/01/15) às 10:50:

TC crânio hoje com DM im-
portante e isquemia de todo o
hemisfério (D) e tronco cerebral.
Devido ao prognóstico grave e
impossibilidade terapêutica, con-
versar com familiares e obser-
var reflexos para abrir protocolo de
NE. Caso discutido em visita, hoje
com Dr. Hilolo Aguiar.

Assinado eletronicamente por:
DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR
CRM 8910

13/01/15

Permanente

13/01/15

Paciente com Glasgow = 03, Midriase

Bilateral Fixa - Per - ausência de Perceptiva,

Indice Super - Clínica

Assinado eletronicamente por:
DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR
CRM 8910

13/01/15 Plantão Noturno

Recebo plantão com paciente que
bassma, em Glasgow 3, midriase
fixa.

Às 20:30h noturno PCR por-
versível, sendo constatado o
bito. Encaminhado o corpo p/ o
ITIL pois tem histórico de TCE
por atropelamento.

Assinado eletronicamente por:
DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR
CRM 8910

Ido na Gráfica Hospitalar Alto Nível



Assinado eletronicamente por: DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR - 24/10/2019 15:04:24

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102415042399700000052069516>

Número do documento: 19102415042399700000052069516

Num. 52912908 - Pág. 12



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
USAN-UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO EM NEUROCIRURGIA
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME Maria José da Silva

LEITO: 02 REG: 399613

DATA 13/01/2015

ALERGIA Nega

DIETA SNE

(09) (12) (13) 36 21 29

HIDRATAÇÃO + REPOSIÇÕES + HEMOCOMPONENTES

- SF -- 1500ml IV BIC em 24h
- SF → 500 ml IV ACM

1ª 2ª 3ª (4ª)

ANTIBIOTICOTERAPIA

- Não indicado

(12h)

ROGAS VASODATIVAS

- Nipride 1 amp + 250 ml SF 0,9% EV BIC ACM

ACM

ANALGESIAS E/OU SEDACÕES

- Dipirona 02 amp + AD IV de 6/6h FIXO
- Tramal 100mg + SF 0,9% 200ml, IV, 8/8horas FIXO
- Dormonid 20 ml + sf 80 ml IV em BIC ACM
- Fentanil 20 ml + SF 80 ml IV em BIC ACM

12 18 24 06

(14) (22) (66)

ACM

ACM

MEDICAÇÕES GERAIS E/OU ESPECÍFICAS

- Plasil 01 ampola + AD IV 8/8h ACM
- Nimodipina 30 mg → 02 eps DNE de 4/4 h
- Losartan 50 mg → 01 ep sne de 12/12 h
- Atensina 0,200 01cp sne de 6/6 h

ACM

10 18 22 06

Consultar MP

Consultar MP

DROGAS HORMONAIS E/OU METABÓLICAS

- INSULINA R SC CONFORME HGT -
- 201 A 250=2UI 251 A 300=4UI 301 A 350=6UI 351 A 400=8UI
- HGT 6/6h
- HGT → 1/1h se Insulina em Infusão venosa

protocolo

12 18 24 06

RESPIRATÓRIO

- Fisioterapia respiratória e motora

OBJETIVOS

- Vigilância neurológica rigorosa

- Demanda de insulina 6/6h 18 24 06

RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS

- Higiene oral rigorosa → Escova de Clorexidine

Assinado eletronicamente por:
DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR
24/10/2019 15:04:24

Amoroso amp
SF 0,9% 250 ml EV 18 24 06
- KCl 19,1 x 20 ml
+ SF 0,9% 250 ml

EV em 3h

- NaCl 10% 100 ml
+ SF 0,9% 50 ml
EV em 30 min

- KCl 19,1 x 10 ml EV em cada fase





GUIA DE REMOÇÃO DE CADÁVER

01	ENCAMINHAMENTO DE CADÁVER
<input type="checkbox"/> 1 - SVD	<input checked="" type="checkbox"/> 2 - IML

02	Natureza do óbito	<input type="checkbox"/> 1 - Causa natural	<input checked="" type="checkbox"/> 2 - Causa externa	03	Data do óbito	13/04/15	04	Hora do óbito	20:15h					
05	Nome da unidade hospitalar	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO												
06	Endereço (Rua, praça, avenida, etc.)	AV. ACAPENONI MAGALHÃES			07	Número	SN		08	Complemento	DE 284			
09	Município	RECIFE			10	Nº Cartão SUS	7248218069734840			11	Fone	81181813414		
12	Cidade	<input type="checkbox"/> 1 - Fetal <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não fetal			13	RG				14	Nome	MARIA JOSE DA SILVA		
15	Fronteiras	416019			16	Idade	54			17	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Feminino		
18	Nome da mãe	MARIA JULIA DA SILVA			19	Data de nascimento	08/06/1960			20	Classe	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Anos <input type="checkbox"/> 2 - Meses <input type="checkbox"/> 3 - Dias		
21	Nome da mãe	MARIA JULIA DA SILVA			22	Endereço (Rua, praça, avenida, etc.)	RUA MATO GROSSO			23	Número	270		
24	Cidade	CARLIARU			25	UF	PE			26	Informações da mãe, ocupação			
27	Idade	11			28	Em anos				29	Exatidão da mãe (última série concluída)	<input type="checkbox"/> 1 - Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 2 - Fundamental I (1ª a 4ª série)		
30	Exatidão da mãe (última série concluída)	<input type="checkbox"/> 3 - Fundamental II (5ª a 8ª série) <input type="checkbox"/> 4 - Média (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> 5 - Superior incompleto <input type="checkbox"/> 6 - Superior completo <input checked="" type="checkbox"/> 7 - Ignorado			31	Duração da gestação	<input type="checkbox"/> 1 - Menos de 22 semanas <input type="checkbox"/> 2 - 22 a 27 semanas <input type="checkbox"/> 3 - 28 a 31 semanas <input type="checkbox"/> 4 - 32 a 36 semanas <input type="checkbox"/> 5 - De 37 a 41 semanas <input type="checkbox"/> 6 - 42 e + semanas <input type="checkbox"/> 7 - Ignorado			32	Tipo de parto	<input type="checkbox"/> 1 - Útero <input type="checkbox"/> 2 - Duplo <input type="checkbox"/> 3 - Tripla ou + <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado		
33	Tipo de parto	<input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 2 - Cesário <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			34	Morte em relação ao parto	<input type="checkbox"/> 1 - Antes <input type="checkbox"/> 2 - Durante <input type="checkbox"/> 3 - Depois <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado			35	Peso ao nascer	36	Nº de declaração de nascido vivo	
37	A morte ocorreu	<input type="checkbox"/> 1 - Na gravidez <input type="checkbox"/> 2 - No parto <input type="checkbox"/> 3 - No aborto <input type="checkbox"/> 4 - Até 43 dias após o parto <input checked="" type="checkbox"/> 5 - De 43 dias até 1 ano após o parto <input type="checkbox"/> 6 - Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/> 7 - Ignorado			38	Tipo de violência	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Acidente <input type="checkbox"/> 2 - Suicídio <input type="checkbox"/> 3 - Agressão por terceiros <input type="checkbox"/> 4 - Evento de intenção indeterminada			39	Acidentes	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Pedestre <input type="checkbox"/> 2 - Condutor <input type="checkbox"/> 3 - Passageiro <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado		
40	Acidentes de trânsito (informações sobre a vítima)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Pedestre <input type="checkbox"/> 2 - Condutor <input type="checkbox"/> 3 - Passageiro <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado			41	Veículo onde estava a vítima	<input type="checkbox"/> 1 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 - Automóvel <input type="checkbox"/> 4 - Ônibus <input type="checkbox"/> 5 - Outro <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado			42	Circunstância do acidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Atropelamento <input type="checkbox"/> 2 - Capotamento <input type="checkbox"/> 3 - Colisão <input type="checkbox"/> 4 - Outro <input type="checkbox"/> 5 - Ignorado		
43	Circunstância do acidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Atropelamento <input type="checkbox"/> 2 - Capotamento <input type="checkbox"/> 3 - Colisão <input type="checkbox"/> 4 - Outro <input type="checkbox"/> 5 - Ignorado			44	Queda	<input type="checkbox"/> 1 - Laje <input type="checkbox"/> 2 - Andaime <input type="checkbox"/> 3 - Mesmo nível <input type="checkbox"/> 4 - Outro tipo			45	Alugamento	<input type="checkbox"/> 1 - Alugamento <input type="checkbox"/> 2 - Pogo/infância <input type="checkbox"/> 3 - Arma de fogo <input type="checkbox"/> 4 - Intoxicação <input type="checkbox"/> 5 - Choque elétrico <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado		
46	Alugamento	<input type="checkbox"/> 1 - Alugamento <input type="checkbox"/> 2 - Pogo/infância <input type="checkbox"/> 3 - Arma de fogo <input type="checkbox"/> 4 - Intoxicação <input type="checkbox"/> 5 - Choque elétrico <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado			47	Arma de fogo	<input type="checkbox"/> 1 - Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2 - Arma branca <input type="checkbox"/> 3 - Arma <input type="checkbox"/> 4 - Uso de força corporal <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado			48	Arma branca	<input type="checkbox"/> 1 - Arma branca <input type="checkbox"/> 2 - Arma <input type="checkbox"/> 3 - Arma <input type="checkbox"/> 4 - Uso de força corporal <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado		
49	Arma de fogo	<input type="checkbox"/> 1 - Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2 - Arma branca <input type="checkbox"/> 3 - Arma <input type="checkbox"/> 4 - Uso de força corporal <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado			50	Arma	<input type="checkbox"/> 1 - Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2 - Arma branca <input type="checkbox"/> 3 - Arma <input type="checkbox"/> 4 - Uso de força corporal <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado			51	Modo da agressão	<input type="checkbox"/> 1 - Física <input type="checkbox"/> 2 - Sexual <input type="checkbox"/> 3 - Assalto <input type="checkbox"/> 4 - Ação policial <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado		
52	Modo da agressão	<input type="checkbox"/> 1 - Física <input type="checkbox"/> 2 - Sexual <input type="checkbox"/> 3 - Assalto <input type="checkbox"/> 4 - Ação policial <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado			53	Lugar onde ocorreu o acidente, suicídio ou agressão	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Via pública <input type="checkbox"/> 2 - Domicílio <input type="checkbox"/> 3 - Trabalho <input type="checkbox"/> 4 - Ação policial <input type="checkbox"/> 5 - Outro <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado			54	Endereço (Rua, praça, avenida, etc.)	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		
55	Endereço (Rua, praça, avenida, etc.)	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO			56	Cidade	RECIFE			57	UF	PE		
58	Cidade	RECIFE			59	Local de ocorrência do óbito	<input checked="" type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estabelecimentos de saúde <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Via Pública <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado			60	Endereço (Rua, praça, avenida, etc.)	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		
61	Endereço (Rua, praça, avenida, etc.)	HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO			62	Cidade	RECIFE			63	UF	PE		
64	Cidade	RECIFE			65	Fonte da informação	<input type="checkbox"/> 1 - Boletim de ocorrência <input type="checkbox"/> 2 - Outros <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Ficha de atendimento			66	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
67	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			68	Fonte da informação	<input type="checkbox"/> 1 - Boletim de ocorrência <input type="checkbox"/> 2 - Outros <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Ficha de atendimento			69	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
70	Fonte da informação	<input type="checkbox"/> 1 - Boletim de ocorrência <input type="checkbox"/> 2 - Outros <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Ficha de atendimento			71	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			72	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
73	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			74	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			75	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
76	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			77	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			78	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
79	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			80	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			81	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
82	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			83	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			84	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
85	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			86	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			87	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
88	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			89	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			90	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
91	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			92	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			93	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
94	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			95	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			96	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
97	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			98	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			99	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
100	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			101	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			102	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
103	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			104	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			105	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
106	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			107	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			108	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
109	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			110	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			111	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
112	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			113	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			114	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
115	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			116	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			117	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
118	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			119	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			120	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
121	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			122	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			123	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
124	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			125	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			126	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
127	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			128	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			129	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
130	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			131	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			132	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
133	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			134	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			135	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
136	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			137	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			138	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
139	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			140	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			141	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
142	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			143	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			144	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
145	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			146	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			147	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
148	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			149	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			150	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
151	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			152	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			153	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
154	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			155	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			156	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
157	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			158	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			159	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
160	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			161	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			162	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
163	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			164	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			165	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
166	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			167	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			168	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
169	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			170	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			171	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
172	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			173	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			174	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
175	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			176	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			177	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
178	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			179	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			180	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
181	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			182	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			183	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
184	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			185	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			186	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
187	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			188	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			189	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
190	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			191	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			192	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
193	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			194	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			195	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
196	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			197	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			198	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
199	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			200	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			201	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
202	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			203	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			204	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
205	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			206	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			207	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
208	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			209	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			210	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
211	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			212	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			213	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		
214	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			215	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			216	Assento de trabalho	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		

61	Informação do serviço médico	<input type="checkbox"/> 1 - Chegou sem vida ao serviço <input type="checkbox"/> 2 - Faleceu ao receber os primeiros socorros <input type="checkbox"/> 3 - Faleceu durante o internamento _____ dias <input type="checkbox"/> 4 - Maternidade <input type="checkbox"/> 5 - Criança cujo nascimento é muito recente no hospital sem data
62	Quadro clínico ao chegar ao hospital:	DEFICIT VISUAL + HEMORRÁGICA + PROPTOSE A DIREITA HA 24h. HA 7 DIAS SOFREU ATROPELAMENTO COM TCE SEM DESMAIO OU VÔMITOS. APÓS 2 DIAS DO TRAUMA EVOLUIU COM DEFALEÇA E VÔMITOS HA 24h. COM SU TOMBAS EM OLHO NA OCASIÃO ALERTA FASCIAS DE COR SA DEFI- CITARIA II III IV V A D. EMBLASE CLH D.
63	Lesões apresentadas em regiões do corpo	SOLICITADO TC DE CRÂNIO EM 02/01/15 E REALIZADA ARTERIOGRAFIA EM 05/01/15 QUE MOSTROU ANEURISMA SACULAR EM ARTERIA CAROTIDA INTERNA DIREITA E COMUNICANTE POSTERIOR. OUTRO ANEURISMA EM ARTERIA VERTEBRAL DIREITA E NA CAROTIDA INTERNA DIREITA UM ANEURISMA FILIFORME. (07-01-15)
64	Síntese da história clínica e exames complementares de relevância (com cronologia):	SUBMETIDA A CURAÇÃO DE ANEURISMA DE ART. COMUNICANTE POSTERIOR EVOLUIU COM RISCO HIPERTENSIVO + ANISOCÓRIA. INTUBADA EM SED - ANALGESIA. TRATADA DE CRA- NIO DE 13-14 COM DESV. DE LINHA MEDIA IMPORTANTE + ISQUEMIA DE TODO CEMIS- FERIO DIREITO E TRONCO CEREBRAL.
65	Atendimento realizado no hospital	<input type="checkbox"/> 1 - Clínico (medicação utilizada): <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Cirúrgico: CURAÇÃO DE ANEURISMA CEREBRAL
66	Retirada do corpo estranho: (se retirar, enviar ao IML)	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não Tipo:
67	Suspeita de coação de notificação compulsória?	<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não
68	Cause(s) possível(ais) do óbito (Não usar códigos da CID)	
69	Outras informações que julgar necessário:	
70	Cases encaminhados ao SVO	Autorização para necropsia: Eu, _____ autorizo a necropsia. RG: _____ Grau de parentesco: _____
71	Médico responsável:	Data: 13/01/15 Assinatura: <u>MARCIA ANDREIA CARVALHO</u> CRM: 89113

SET/2011



SINISTRO 3160335627 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA JOSE DA SILVA

COBERTURA Morte

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA
SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ELAINE CRISTINA DA SILVA

CPF/CNPJ: 04829474467

Posição em 27-03-2019 10:26:06

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

