Tribunal de Justiça de Pernambuco
PJe - Processo Judicial Eletrônico

13/08/2020

Número: **0002723-57.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção A da 25ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **20/01/2020**
Valor da causa: **R$ 13.600,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA (AUTOR)	**Fernando Antonio da Costa Borba (ADVOGADO)**
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
66248834	13/08/2020 11:08	ANEXO 2	Outros (Documento)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246864/19

Vítima: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOT

Data do acidente: 18/04/2019

CPF: 834.577.474-15

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA : 834.577.474-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Steffany Caroliny Lins Veloso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439557 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA **Data do acidente:** 18/04/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE TÍBIA E MALÉOLO MEDIAL DIREITO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PÁG 14/20/21_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

TRANSFERIDO
HM de Alcoglia
18/04/19 21:21

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Número do Prontuário: 1415480

ETIQUETA

Data e Hora de Atendimento: 18/04/2019 23:42
Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual

Nome: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
Data de nascimento: 05/08/1975 Idade: 43a 8m 13d
Sexo: FEMININO
Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão:
Acompanhante: DAYANE CARNEIRO BRANDA
Mãe: IRACY FERREIRA DA SILVA
Pai: EDUARDO LYRA PATRIOTA
Cartão SUS:
Endereço: RUA FRANCISCO RABELO
Bairro: ARRUDA
Cidade: RECIFE
Número: 85
Complemento:
UF: PE
Telefone:
Ocorrências:

Motivo do atendimento: EBCM POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)
Procedência: OUTRO HOSPITAL
Informações do Serviço Social:
Confirmação de nome:
Confirmação de endereço:
Fones:
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons Tutelar ☐ Delegacias ☐ Ministe. Publico ☐ Outros ☐
Observação:

Assistente Social
Assistente Social

Historia Clinica:
[illegible] de atropelamento por moto, trazida pelos bombeiros com relato de perda de consciência e trazida em vitima. Apresenta dor importante e deformidade [illegible] em perna D. Chega em protocolo de trauma.

Atendimento Médico

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

Exame Físico

A. Cervical: Vs sinais esta plena. Sim ☒ Não ☐ Dispneia: Sim ☒ Não ☐
Ok, fácies de dor, consciente, orientada, eupneica.

B. Respiratório: AV + AUT SRA. Não [illegible]

C. Circulatório: PA X mm Pulso 110 bpm

ECR 37 BNF SIS

05.207.494/0001-41
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
ADMINISTRAÇÃO DIRETA

Cod. Procedimento

Ass. Medico

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Condição de Alta

Óbito | Termo de Alta a Pedido | Evadiu-se | Alta

Curado | Melhorado | Inalterado | Piorado | Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência.

Medico _____ CRM _____ Data _____ Hora _____

Termo de responsabilidade para internamento:

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

Data _____ Nome completo legível _____

Nº da Identidade _____ Assinatura _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data _____ Nome completo legível _____

Nº da Identidade _____ Assinatura _____

Data e Hora Impressão: 18-Apr-18

05.802.494/0001-
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA

Registro de Enfermagem

Leito: _____

Plantão Diurno	Plantão Diurno	Plantão Diurno	Plantão Diurno	Plantão Diurno
Paciente:	Data ___/___/___	Data ___/___/___	Data ___/___/___	Data ___/___/___
Data 30/04/2019 [illegible]				
Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____
Plantão Noturno	Plantão Noturno	Plantão Noturno	Plantão Noturno	Plantão Noturno

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

HR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE — 2 - CNES

Hospital da Restauração — 0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO LOCALIZADO — 4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - NOME DO PAI — 8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE / RESPONSÁVEL — 10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA — 12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 14 - COD. PROCEDIMENTO — QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 16 - COD. PROCEDIMENTO — QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 18 - COD. PROCEDIMENTO — QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 20 - COD. PROCEDIMENTO — QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 22 - COD. PROCEDIMENTO — QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Tiz [illegible] + perd de [illegible]

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE — 24 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 14 . 04 . 19

25 - NºDOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE — 26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Cod. 0421

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **MANCHESTER_V2**

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

Nome Paciente	FENIA DA [illegible] FERREIRA PATRICIA
Cod. Paciente	
Data de Nascimento	[illegible]
Sexo	[illegible]
Idade	43
Senha:	[illegible]
Convênio:	
Atendimento	
SAME	

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

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

[illegible]	**AMARELO - URGENTE**
	[redacted] AMARELO
[illegible]	PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA CERCA DE 40 MIN APRESENTOU PERDA DE CONSCIENCIA E APRESENTA FRATURA EM MID REFERE DOR NO LOCAL
Medicamento(s)	SEM SENHA
Fluxograma Sintoma	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
Discriminador(es)	HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?
Especialidade	NEUROCIRURGIA ADULTO
Sinais Vitais [illegible]	- ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO 15 - REGUA DE DOR 6

[illegible]

19/4/19 02:[illegible] [illegible]

Trauma em [illegible] em [illegible] D [illegible] D [illegible]

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

Data Impressão: 18/04/2019 23:38

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

FERNAMB

Atendido Judicialmente 19

O Paciente está, fora grande em MLD.
Necessita [illegible] p/ Hospital de [illegible]
Tabela: Agendamento familiar.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 11:08:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311081320600000064996009
Número do documento: 20081311081320600000064996009

SECRETARIA DE SAÚDE – ESTADO DE PERNAMBUCO

Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: [illegible]

Enf / Leito: Registro: [illegible]

DIA 2/10/14 DIA ___ DIA ___ DIA ___

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
( ) Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	[illegible]
( ) Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)	09	09	09	09	09
( ) Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
( ) Mudança de decúbito (3 em 3 horas)	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	[illegible]
( ) Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	[illegible]
( ) Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	[illegible]

ASSINATURA DO ENFERMEIRO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
Frequência Cardíaca	10						
	16						
	22						
Frequência Respiratória	10	12					
	16						
	22						
Temperatura	10	4					
	16						
	22						
Pressão Arterial	10						
	16						
	22						

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Hospital de Restauração

0000655

Identificação do Paciente

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

6 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

05.802.494/0001-41

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr Stanley Napoleão

MÉDICO

CRM-PI 7472

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19 / 04 / 19

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

05.802.494/0001-41

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

Dr Stanley Napoleão

MÉDICO

CRM-PI 7472

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

Cod. 0421

[illegible] DE ESCLARECIMENTO

PROCEDE

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE ABAIXO INDICADO:

NOME Eduarda Jordania Ferreira Patrocio

REGISTRO 766994 DATA DE NASCIMENTO 05 08 1975

RG [illegible]

ENDEREÇO Rua Francisco Lopes 1010 Rua W 85 - Recife-PE

NOME DA MÃE Maria Ferreira da Silva

DATA ADMISSÃO 24 04 2019 DATA ALTA 13 05 2019

DATA DO PROCEDIMENTO 24 04 2019

DIAGNÓSTICO Fratura em Extremidade Proximal da Tíbia

TRATAMENTO REALIZADO Tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial I Exploração Artroscópica.

MÉDICO Carlos Cândido

CREMEPE 18336

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 05 DE Junho DE 2019

[illegible]

Sumário de Atividade - ATD

Nome

Atendimento

Sexo

Unidade de Internação

Leito

[illegible]

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

HOSPITAL MEMORIAL CARDATAC

[illegible]

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE

EDUARDO JORDANA FERREIRA PATROTA

[illegible] | [illegible] | [illegible] | 33 - Pardo | [illegible]

RAC [illegible] FERREIRA DA SILVA

RAC [illegible] FERREIRA DA SILVA

[illegible]

RETIRA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERMITÊNCIA

PROGRAMA [illegible]

[illegible]

AUTORIZAÇÃO

[illegible]

Receituário Controle Especial

Identificação do Emitente

DATA

3ª Via Farmácia

PE

2ª Via Paciente

Ass. do médico

Identificação do Paciente

Identificação do Comprador

Identificação do Fornecedor

Data

MEMORIAL JABOATÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Enfermeiro

Gestão de Pessoas

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

NOME Eduarda Jordania Ferreira Patriota

REGISTRO 766994 DATA DE NASCIMENTO 05/08/1995

RG 4.641.524 ÓRGÃO EMISSOR SSP/PE

ENDEREÇO: Rua Francisco Pabllo - Água Fria Nº 85 Recife - PE

NOME DA MÃE

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

DATA DO PROCEDIMENTO 22/04/2019 CID S825

DIAGNÓSTICO Fratura do Pilão Tibial D

TRATAMENTO REALIZADO Tratamento Cirúrgico Fratura Tibial Direita + Espiroagão Articular do tornozelo.

MÉDICO: Leonardo Lima

CREMEPE: 16118

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 05 DE Junho DE 2019

MÉDICO

HOSPITAL MATERNIDADE PARGATÃO

Sumário de Admissão/Alta

Nome: EDUARDA JORDANA FERREIRA PATRIOTA — Prontuário: [illegible]

Nascimento: [illegible] — Unidade de Internação: [illegible]

Sexo: Feminino — Leito: [illegible]

[illegible] — TRATAMENTO MAL [illegible]

Procedimento Solicitado

Tempo de permanência Previsto

Procedimento SUS Realizado:

Cirurgião: DANIEL DE LIMA [illegible]

1. Auxiliar Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO PEREIRA DA SILVA
2. Auxiliar Cirúrgico
3. Auxiliar Cirúrgico

1. Cirurgia Artigos Cirúrgicos

Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Clínico

Clínico

Procedimentos Especiais

- Vigilância de Procedimento
- [illegible]
- Dieta de Acompanhamento
- Dieta Ang. Rh
- [illegible]
- [illegible]
- Tuitinção Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO SUBMETIDA A CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico Principal: S825 – FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL

Procedimento Secundário

Motivo da Alta

Data da Internação: [illegible] — Data da Alta: [illegible] — Dias de Hospitalização: [illegible]

ANDRE LUIZ ADOLFO PEREIRA DA SILVA

CRM [illegible]

Ministério da Saúde | Secretaria de Saúde Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Identificação do Paciente

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Dr Sidney Nogueira
MÉDICO

MÉDICO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

AUTORIZAÇÃO

Secretaria de Saúde - PE
SOS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell Santos
Médica Auditora/SUS - CRM 8021
CPF 763.575-87-00

Atendimento:

Profissão:

Escolaridade:

Identidade:

Telefone:

Estado Civil:

Cartão SUS:

Nome do Pai:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP. CARDIO - VASCULAR:

AP. RESPIRATÓRIO:

ABDOMEN:

AP. GENITO - URINÁRIO:

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Relatório Geral de Cirurgias

Procedimento Realizado: TRATAMENTO [illegible] DE FRATURA [illegible]

[illegible] ARTICULAR [illegible]

Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

Auxiliar Cirurgião: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Anestesia:

Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Dr. Leonardo Silveira

Descrição da Cirurgia

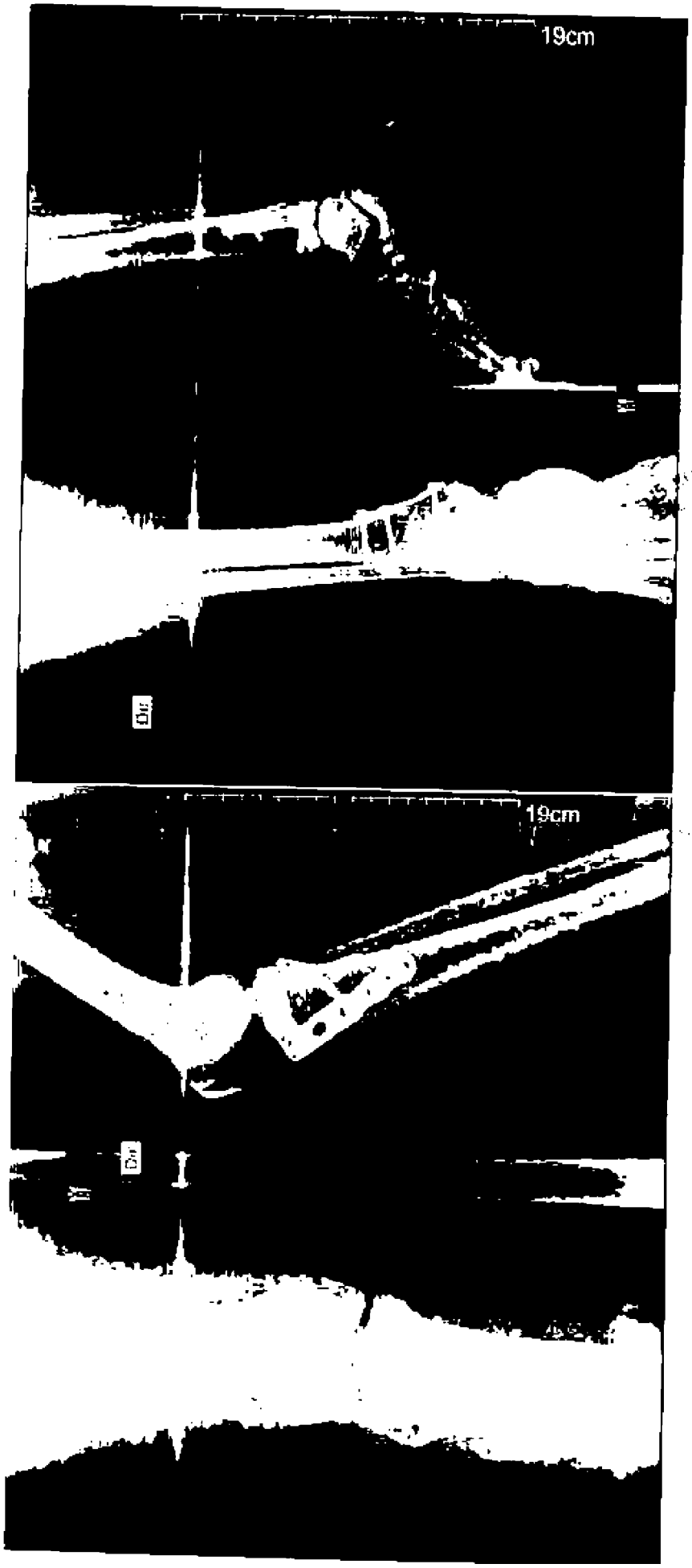
PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
[illegible] ASSEPTICA
INCISÃO LONGITUDINAL SOBRE MALEOLO MEDIAL DIREITO
ABERTURA POR PLANOS
VISUALIZAÇÃO DE FOCO DE FRATURA ARTICULAR
[illegible] ARTICULAR DO TORNOZELO + LIMPEZA COM SF [illegible]
REDUÇÃO DA FRATURA O MAIS ANATOMICO POSSIVEL
FIXAÇÃO COM 1 PLACA TERÇO DE CANO 4 FUROS + 03 PARAFUSOS [illegible]
[illegible] SUPERFICIE ARTICULAR
[illegible] ARTICULAR DE TORNOZELO SEM LIMITAÇÃO
FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO [illegible]

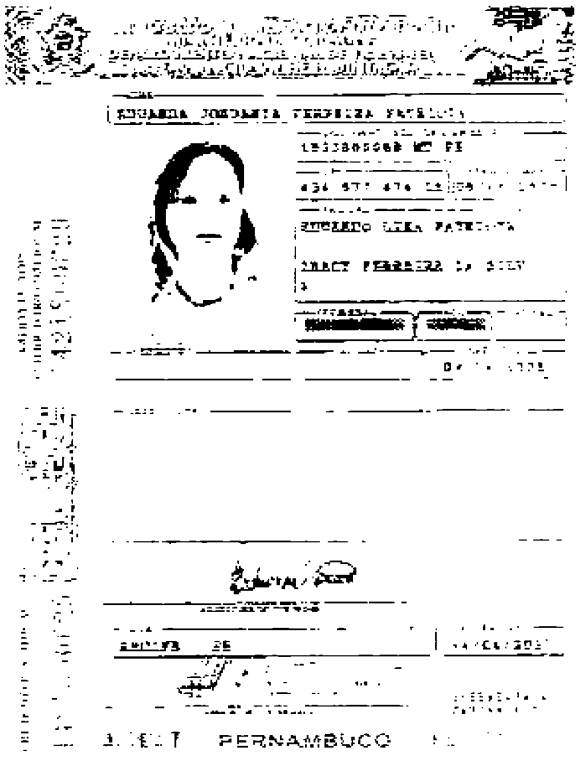
PROCEDIMENTO REALIZADO SOB CONTROLE RADIOLOGICO

Dr. Leonardo Silveira

ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

CRM [illegible]




PERNAMBUCO

TIM

EDUARDA JORDANA FERREIRA PATRIOTA
RUA FRANCISCO RABELO 40 CASA
ARRUDA
52120-190 RECIFE - PE

BAIXE JÁ O
APP MEU TIM

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nome completo da vítima: [illegible]

Data de nascimento: [illegible]

Nome da mãe: [illegible] Nº do RG: [illegible]

Endereço: RUA FRANCISCO XAVIER

Bairro: [illegible] Cidade: RECIFE UF: PE

CEP: [illegible]

Telefone: [illegible]

☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: ASSINALE UM ÍTEM E ESCREVA

☒ CONTA CORRENTE ☐ CONTA POUPANÇA

Nome do BANCO: BCA

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

CONTA: [illegible] DÍGITO: [illegible]

AGÊNCIA: 9805 3 CONTA: 30358 9

Informar o dígito de cada

[illegible]

INVALIDEZ PERMANENTE

[illegible]

ANOTE

[illegible]

Recife 18 de junho de 2010

TESTEMUNHAS

1º Nome: [illegible]

CPF: 05.[illegible]

2º Nome: [illegible]

CPF: [illegible]

Assinatura do Procurador (se houver)

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

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH006588 Div. Op.

[illegible] Constituição Federal Brasileira [illegible] EDUARDA GEOVANNA FERREIRA PATRÍCIA [illegible] Receita Federal [illegible] CPF nº [illegible] FRANCISCO [illegible] PE, certifica que [illegible] Bombeiros de [illegible] dia 22 [illegible] PE [illegible] EDUARDA [illegible] FERREIRA PATRÍCIA [illegible] CPF [illegible] Registro [illegible] de Resgate [illegible] conduzida [illegible] HOSPITAL [illegible] Registrados [illegible] Os registros desta [illegible] Divisão de Operações [illegible] CBMPE.

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ [illegible] MÉDICA E SUPLEMENTARES ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nome completo da vítima: [illegible] EDUARDA [illegible]

[illegible] FERREIRA [illegible]

Endereço: RUA FRANCISCO [illegible]

Cidade: RECIFE

Estado: PE

[illegible]

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO [illegible]

☒ CONTA CORRENTE

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: [illegible]

CONTA [illegible] AGÊNCIA 9805 3 CONTA 30358 5

[illegible]

[illegible] 18 [illegible]

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF: 05.802.459/0001-[illegible]

2ª Nome:

CPF:

Assinatura da Vítima/Beneficiário/Declarante

Assinatura do Procurador (se houver)

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

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 01ª CIRCUNSCRIÇÃO - AGUA FRIA -
DPRC/DIRC DIN/DESEC

BO ETIM DE OCORRENCIA Nº **195010600169 3**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/06/2019 às 15:25

[illegible]

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Ocorrência ocorrida em [illegible] 18/4/2019 [illegible] Noite

RUA MANOEL SILVA, 1 FUNDÃO
RECIFE PERNAMBUCO BRASIL
VIA PUBLICA

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA (presente ao plantão) - [illegible] **Feminino** - [illegible] **IRACY FERREIRA DA SILVA** - **EDUARDO LIRA PATRIOTA** [illegible] **RECIFE PERNAMBUCO BRASIL**
RUA FRANCISCO NABELO, 81 - CEP. 51000-000 - Bairro: ARRUDA
RECIFE PERNAMBUCO BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - [illegible] **Masculino** [illegible] **NÃO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL**

Qualificação dos objetos envolvidos:

MOTOCICLETA (VEICULO) - [illegible] **DESCONHECIDO** [illegible] **DESCONHECIDO**
[illegible] **MOTOCICLETA DESCONHECIDO NÃO INFORMADO** - [illegible]
Não
VERMELHA - [illegible] **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

FLS/ /20

Comunicante - observação

INFORMO A VITIMA DESTE BOE QUE NO DIA DO FATO QUANDO ESTAVA ATREVESSANDO A AVENIDA MANOEL SILVA, NO BAIRRO DE FUNDAO, FOI ATROPELADA POR UM DESCONHECIDO NUM MOTOCICLETA DE PLACA PTA-7210, QUE ELE APOS ATRPELA-LA SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR OS PRIMEIROS SOCORROS, QUE ELA DECLARANTE FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO, ONDE FOI A 2 CIRURGIAS NA PERNA DIREITA, QUE NAO TEM INFORMAÇOES SOBRE O ENDEREÇO OU NOME DO DESCONHECIDO

Assinatura do Declarante/Responsável pela Unidade Policial

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
(VITIMA)

SILVANO PEREIRA SOARES

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 19E0106001692

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

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

Fato ocorrido no endereço **RUA MANOEL SILVA, 1** - Bairro **FUNDAO RECIFE PERNAMBUCO BRASIL**
Local de Fato **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

DESCONHECIDO - AUTOR - AGENTE
EDUARDA [illegible]

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

[illegible]

Qualificação dais pessoa(s) envolvida(s)

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA (presente ao plantão) - Sexo **Feminino** Mãe **IRACY FERREIRA DA SILVA** Pai **EDUARDO LIRA PATRIOTA** Data de Nascimento **5 8.1975** Naturalidade **RECIFE PERNAMBUCO BRASIL**
Endereço **RUA FRANCISCO RABELO, 85 - CEP: 55000-000 - Bairro: ARRUDA - RECIFE PERNAMBUCO BRASIL**

DESCONHECIDO (nao presente ao plantão) - Sexo **Masculino** Nacionalidade **NAO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) Proprietário **EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA** Está em posse de **DESCONHECIDO**
Descrição **MOTOCICLETA DESCONHECIDO NÃO INFORMADO** Placa **Não** Cor **VERMELHA** - Quantidade **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa **PFA7230** - PERNAMBUCO - NÃO INFORMADO

Complemento Observação

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

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

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

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
(VITIMA)

Escrivão(ã) responsável: **VALERIA DANTAS PONTES** Matrícula: **208583-6**

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

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190439557 **Vítima: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA**

Data do Acidente: 18/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **1**
Agência: **000002805-3**
Conta: **0000030358-5**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190439557 **Vítima: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA**

Data do Acidente: 18/04/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01777/01778 - carta_01 - INVALIDEZ

00020889

Carta nº 14601849

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02805-3

CONTA: 000000030358-5

Nr. da Autenticação 9E856D51CD34EDAF

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

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Número do Registro: **1415480**

ETIQUETA

Data e Hora de Atendimento: 18/04/2019 23:42
Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual

Prontuário: 1575057 Paciente: EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
Data de Nascimento: 06/08/1975 Idade: 43a 8m 13d Sexo: FEMININO
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: DAYANE CARNEIRO BRANDA
Nome Social: Data expedição:
Mãe: IRACY FERREIRA DA SILVA
Pai: EDUARDO LYRA PATRIOTA
Cartão SUS:
Endereço: RUA FRANCISCO RABELO
Bairro: ARRUDA
Cidade: RECIFE
Número: 85
Complemento:
UF: PE Telefone: Telefone da Iracy (mãe)
Ocorrências:

Motivo do atendimento: ENCIA POR TCE (TRAUMA CRANIO ENCEFALICO)
Procedência: OUTRO HOSPITAL
Informações do Serviço Social: [illegible]
Confirmação de nome:
Confirmação de endereço: Fones:
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons Tutelar ☐ Delegacias ☐ Ministe. Publico ☐
Outros ☐
Observação:

Assistente Social

Assistente Social

Historia Clinica:
[illegible] atropelamento por moto, trazida pelos bombeiros com relato de perda de consciência e vômito [illegible] Apresenta dor importante e deformidade [illegible] em perna D. Chega em protocolo de trauma.

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 pérvia: Sim ☒ Não ☐ Deambulação: Sim ☒ Não ☐
Deb. físico de dor, consciente, [illegible], eupneica.
B. Respiratório: MV + AHT SRA. Nega [illegible]
C. Circulatório: PA x mm Pulso: 110 bpm
RCR 2T BNF SIS.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 11:08:13
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081311081320600000064996009
Número do documento: 20081311081320600000064996009

Cód. Procedimento

Ass. Médico

Função de Enfermagem

Ass. Enfermagem

Definição do Caso

Condição de Alta:

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

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito

Encaminhado 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 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 conseqüências que desde ato possam advir.

Data _____ Nome completo legível _____

Nº da identidade _____ Assinatura _____

Data e Hora Impressão: 18-Apr-19

05.802.444/0001

05.802.334/0001-
TRACÃO E DIRETORIA

Registro de Enfermagem

Paciente: _____ Leito: _____

Plantão Diurno	Plantão Diurno	Plantão Diurno	Plantão Diurno	Plantão Diurno
Data 23/04/2019	Data ___/___/___	Data ___/___/___	Data ___/___/___	Data ___/___/___
[illegible]				
Ass. Tec./Aux: [illegible]	Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____
Plantão Noturno	Plantão Noturno	Plantão Noturno	Plantão Noturno	Plantão Noturno
	Ass. Tec./Aux	Ass. Tec./Aux	Ass. Tec./Aux	

SES

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

HR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

[illegible] ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

2 - CNES 0000655

[illegible] ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

[illegible] PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

[illegible]

8 - DATA DE NASCIMENTO

[illegible] DA MÃE / RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

[illegible] DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

[illegible] DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 14 - COD PROCEDIMENTO — QTDE

[illegible]

[illegible] DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 16 - COD PROCEDIMENTO — QTDE

[illegible]

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 18 - COD PROCEDIMENTO — QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 20 - COD PROCEDIMENTO — QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL — 22 - COD PROCEDIMENTO — QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

[illegible]

PROFISSIONAL SOLICITANTE

[illegible] - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO 19 . 04 . 19

[illegible] - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO [illegible] REGISTRO E CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

[illegible] - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

05.807.484/0001-4[illegible]

TRAÇÃO COMERCIAL [illegible]

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

[illegible] - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

[illegible] Nº 175.4.902.[illegible]

[illegible]

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

Cod. 0421

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **MANCHESTER_V2**

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

Nome Paciente:	EDUARDA JOSEDANIA FERREIRA PATRICIO
Cod. Paciente	
Data de Nascimento:	[illegible]
Sexo	Feminino
Idade	4 a
Senha:	U0K4F
Convênio:	-
Atendimento	
SAME	

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

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

[illegible]	AMARELO - URGENTE [illegible] AMARELO
Queixa Principal:	PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA CERCA DE 40 MIN APRESENTA PERDA DE CONSCIENCIA E APRESENTA FRATURA EM MID REFERE DOR NO LOCAL
Medicamento(s):	SEM SENHA
Fluxograma Sintoma:	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
Discriminador(es):	HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA?
Especialidade:	NEUROCIRURGIA ADULTO
Sinais Vitais Sérios:	- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15 REGUA DE DOR: 6

[illegible]

19/4/19 02:28 [illegible]

Trauma em MMII [illegible] em membro D perna D e [illegible]

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

Data Impressão: 18/04/2019 23:38

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

PERNAMBU

Eduardo Jordão

Estável, internado em UTI.
Paciente sem internação p/ Hospital de [redacted]
Aguardando familiar.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: [illegible]
Enfermaria: Leito:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	DIA [illegible] HORÁRIO	DIA HORÁRIO	DIA HORÁRIO	DIA HORÁRIO	DIA HORÁRIO
( ) Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	[illegible]
( ) Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)	09	09	09	09	09
( ) Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
( ) Mudança de decúbito (3 em 3 horas)	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
( ) Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
( ) Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06
ASSINATURA DA ENFERMEIRA	[illegible]				

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
Frequência Cardíaca	10					
	16					
	22					
Frequência Respiratória	10					
	16					
	22					
Temperatura	10					
	16					
	22					
Pressão Arterial	10					
	16					
	22					

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

HR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Hospital da Restauração

0000655

Identificação do Paciente

1 - NOME DO PACIENTE

2 - Nº DO PRONTUÁRIO

3 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

4 - DATA DE NASCIMENTO

5 - NOME DA MÃE

6 - TELEFONE DE CONTATO

7 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

8 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

16 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO — QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr Sidney Napoleão
MÉDICO
CRM-PI 7472

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19 / 04 / 19

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

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

Dr Sidney Napoleão
MÉDICO
CRM-PI 7472

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

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

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

Cod. 0421

[illegible] ... ACOMPANHAMENTO

Processo

[illegible] DE ENTRADA

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS ENTRADOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO HAP PACIENTE ABAIXO INDICADO:

NOME Eduarda Jordania Ferreira Patriota

REGISTRO 766994 DATA DE NASCIMENTO 09/08/1975

RG 4 641 324

ENDEREÇO Rua Tomaz Gonzaga, 190 Fna 102 85 - Recife - PE

NOME DA MÃE Inaci Ferreira da Silva

DATA ADMISSÃO 21/04/2019 DATA ALTA 23/04/2019

DATA DO PROCEDIMENTO 22/04/2019 CID F821

DIAGNÓSTICO Fratura da Extremidade Proximal da Tíbia

TRATAMENTO REALIZADO Tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial + Exploração artroscópica.

MÉDICO Carlos Câmara

CREMEPE 18336

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 09 DE Junho DE 2019

MÉDICO

Sumário da Ação Civil Pública

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

EDJANDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

AUTORIZAÇÃO

Receituario Controle Especial

Identificação do Emitente

DATA

1ª Via Farmácia

2ª Via Paciente

Ass. do médico

Identificação do Paciente

Identificação do Comprador

Identificação do Fornecedor

MEMORIAL JABOATÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo: _____ Leito: _____ Enfermaria: _____

GERÊNCIA DE REGIÕES: _____ Prontuário: _____ 00

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

NOME: Eduarda Jordania Ferreira Patriota

REGISTRO: 766994 DATA DE NASCIMENTO: 05/08/1995

RG: 4.641.524 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/PE

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

NOME DA MÃE: _____

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

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

DIAGNÓSTICO: Fratura do Pilão Tibial D

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico Fratura Tibial Direita + Exploração Articular do tornozelo.

MÉDICO: Leonardo Lima

CREMEPE: 16118

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 05 DE junho DE 2019

MÉDICO

HOSPITAL [illegible] ORIN[illegible] [illegible]RDATO

Sumário de Admissão e Alta

Nome: SOLANDA JORDANIA FERREIRA FATIGOTA — Prontuário: [illegible]

Atendimento: [illegible] — Unidade de Internação: [illegible]

Sexo: Feminino — Leito: [illegible]

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

[illegible]

[illegible] de permanência Previsto

Procedimento SUS Realizado:

Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

1. Auxiliar Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO NUNES DA SILVA

2. Auxiliar Cirúrgico:

3. Auxiliar Cirúrgico:

Demais Auxiliares Cirúrgicos:

Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Clínico:

Clínico:

Procedimentos Realizados:

- Avaliação de Procedimento
- [illegible]
- Diária de Acompanhante
- Taxa Anti-Sepsia
- [illegible]
- [illegible]
- Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA COM FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO. SUBMETIDA A CIRURGIA SEM INTERCORRÊNCIAS.

Diagnóstico Principal: S825 - FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta: Melhorado

Data da Internação: 19/04/2019 — Data da Alta: 21/04/19 — Dias de Hospitalização: [illegible]

ANDRE LUIZ ADOLFO NUNES DA SILVA

CRM [illegible]

Ministério da Saúde — Secretaria de Saúde Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Dr. Sicsley Napoleão
MÉDICO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

AUTORIZAÇÃO

Secretaria de Saúde
SDS - Gerência de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell Santiago
Médica Auditora/SUS - CRM: 8821
CPF: 338.855-

Convênio: [illegible] Atendimento: [illegible] Nasc.: [illegible]

Nº Prontuário: [illegible] Sexo: [illegible]

Nome: [illegible] JARDIM CLARIANA FERREIRA [illegible] Data e Hora do Atendimento: [illegible]

Endereço: [illegible] Profissão: Escolaridade:

Cidade: Identidade: [illegible] Telefone: [illegible]

Nacionalidade: Estado Civil: Cartão SUS: [illegible]

Nome da Mãe: [illegible] FERREIRA DA SILVA Nome do Pai:

Procedência: [illegible]

OBSERVAÇÃO

Unidade de Internação: [illegible] Leito: [illegible]

Médico: [illegible] CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

[illegible] ATENDIMENTO [illegible] COM TRAUMA EM JOELHO [illegible]

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS

[illegible] DIABETES MELLITUS [illegible]

EXAME FÍSICO GERAL:

[illegible]

CARDIO - VASCULAR:

[illegible] 120/50 MMHG

RESPIRATÓRIO:

[illegible] ATIVENTILATORIOS

ABDOMEN:

[illegible]

GENITO - URINÁRIO:

[illegible]

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

[illegible]

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA: [illegible] HORA DE SAÍDA:

[illegible]

[illegible]

Relatório Geral de Cirurgias

[illegible] JORDANIA FERREIRA PATRICIA

[illegible]

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA [illegible] MALEOLO MEDIAL [illegible] TIBIAL [illegible]
FRATURA [illegible] ARTICULAR [illegible] TORNOZELO [illegible]

[illegible] NOGUEIRA DA SILVA

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Anestesista: DIANA [illegible]

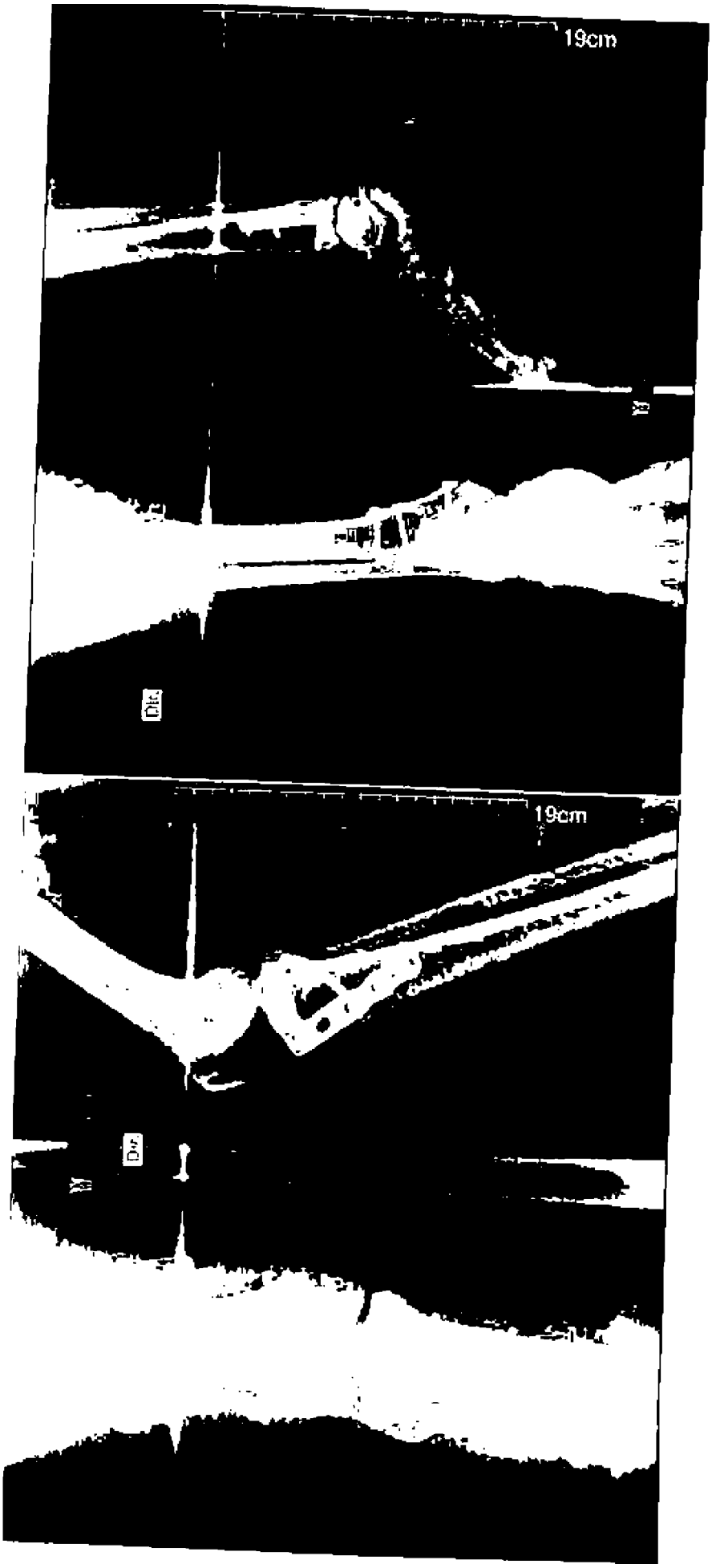
Descrição da Cirurgia

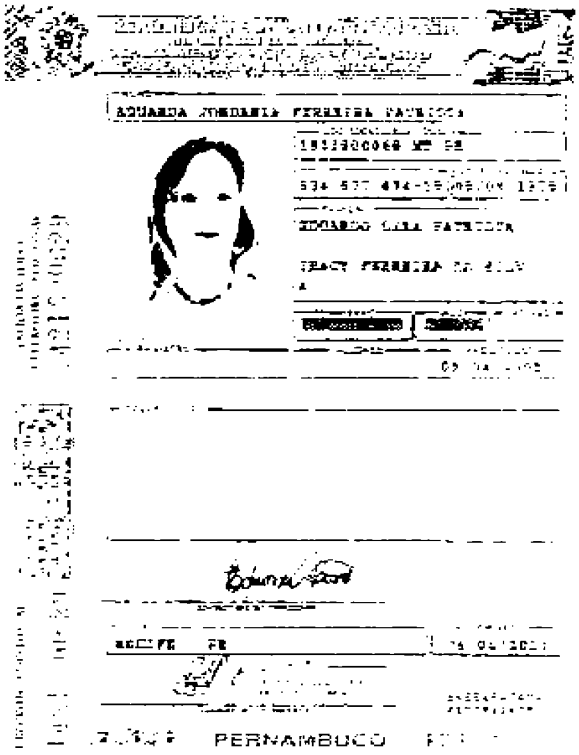
PACIENTE EM [illegible] SOB RAQUIANESTESIA
TECNICA ASSEPTICA
[illegible] LONGITUDINAL SOBRE MALEOLO MEDIAL DIREITO
ABERTURA POR PLANOS
VISUALIZAÇÃO DE FOCO DE FRATURA ARTICULAR
[illegible] ARTICULAR DO TORNOZELO + LIMPEZA COM SF 0,9%
REDUÇÃO DE FRATURA O MAIS ANATOMICO POSSIVEL
[illegible] COM [illegible] PLACA [illegible] 4 FUROS + [illegible]
[illegible] DE SUPERFICIE ARTICULAR
[illegible] ARTICULAR DE TORNOZELO [illegible]
[illegible] POR PLANOS + CURATIVO [illegible]

[illegible]

Dr. Leonardo [illegible]

[illegible] NOGUEIRA DA SILVA


19cm
Dir
19cm
Dir


PERNAMBUCO

TIM

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
RUA FRANCISCO RABELO 35 CASA
ARRUDA
52030-190 RECIFE - PE

BAIXE JÁ O
APP MEU TIM

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000588 Div. Op.

[illegible] Constituição Federal [illegible] ... 42 anos, [illegible] CPF nº [illegible] ... Corpo de Bombeiros de [illegible] ... 22 [illegible] ... NNN [illegible] ... EDUARDA [illegible] ... e Registro [illegible] ... de Resgate [illegible] Bombeiros [illegible] ... BRANCO [illegible] ... Regulamento [illegible] ... 24 [illegible] ... dos arquivos da Divisão de Operações (GBAPH).

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA CAMPO CIRCUNSCRIÇÃO - AGUA FRIA -
DRISCIRC D'M/DESEC

BO ETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0106001693**

Ocorrência registrada nesta unidade policial em dia 12/06/2019 às 15:23

[illegible]

ATROPELAMENTO COM VITIMA NÃO FATAL - Homicídio Consumado que [illegible] em 18/11/2019 no período da Noite

RUA MANOEL SILVA, 1 FUNDÃO
RECIFE PERNAMBUCO BRASIL
VIA PUBLICA

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Identificação das pessoas envolvidas:

EDUARDA JURUANIA FERREIRA FATRIOTA (presente ao plantão) - Sexo Feminino - IRACY FERREIRA DA SILVA - EDUARDO LIMA PATRIOTA [illegible] PECIFE PERNAMBUCO BRASIL
RUA FRANCISCO RADELO, 55 CEP: 55006 006 - Bairro: ARRUDA - RECIFE PERNAMBUCO BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo Masculino - [illegible] NÃO INFORMADO PERNAMBUCO BRASIL

Quantidade dos objetos envolvidos:

MOTOCICLETA (VEICULO) [illegible] DESCONHECIDO [illegible] DESCONHECIDO
MOTOCICLETA DESCONHECIDO NÃO INFORMADO [illegible]
Nao
VERMELHA [illegible] 0 (UNIDADE NAO INFORMADA)

PFA7330

Complemento/Observação

INFORMO A VITIMA DESTE BOF QUE NO DIA DO FATO QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A AVENIDA MANOEL SILVA, NO BAIRRO DE FUNDAÇÃO, FOI ATROPELADA POR UM DESCONHECIDO NUM MOTOCICLETA DE PLACA PFA-7330, QUE ELE APOS ATROPELA-LA SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR OS PRIMEIROS SOCORROS. QUE ELA DECLARANTE FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO, ONDE FOI A 2 CIRURGIAS NA PERNA DIREITA. QUE NÃO TEM INFORMAÇÕES SOBRE O ENDEREÇO OU NOME DO DESCONHECIDO

Assinatura do Responsável pela Unidade Policial

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
(VITIMA)

SILVANO PEREIRA SOARES

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **19E0106001692**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **RUA MANOEL SILVA, 1** - Bairro: **FUNDAO** - **RECIFE/PERNAMBUCO** - **BRASIL**
Local de Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO - AUTOR - AGENTE
EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA - VITIMA

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

VEÍCULO - [illegible] na operação da ocorrência - [illegible]

Qualificação dos pessoa(s) envolvida(s)

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantao) - Sexo: **Masculino** - Nacionalidade: **NAO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL**

Qualificação dos objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) - Proprietário: **EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA** - Que estava em posse de: **DESCONHECIDO**
Tipo: **MOTOCICLETA** - Marca/Modelo: **DESCONHECIDO** - Ano: **NÃO INFORMADO** - Chassi: **Não** - Cor: **VERMELHA** - Quilometragem: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFA7230** - PERNAMBUCO/NAO INFORMADO

Complemento / Observação

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

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

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

EDUARDA JORDANIA FERREIRA PATRIOTA
(VITIMA)

Registrado por **VALERIA DANTAS PONTES** Matrícula **208583-6**

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

LIDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

☐ DANO ESPECIAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTAR ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FATORES FINANCEIROS DA PESSOA FÍSICA BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP Nº 449/2012

DADOS CADASTRAIS

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: ESSENCIAL PARA O PAGAMENTO EFETIVO

☐ CONTA CORRENTE ☐ CONTA POUPANÇA

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

NÚMERO DO BANCO: NOME DO BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0413 CONTA: 20394-5

INVALIDEZ PERMANENTE

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE LEGAIS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE