



Número: **0044153-86.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **28/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEANE FRANCISCO DA SILVA (REPRESENTANTE)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69494173	14/10/2020 16:04	ANEXO 3	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152013

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES
CATANHO DA SILVA

Data do acidente: 04/05/2017

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FIBULA DIREITA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos
complementares:

Observações: PÁG.15/16_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152013

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15716344





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

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152013

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00993/00994 - carta_02 - INVALIDEZ

00030487



Carta nº 15733979





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

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152013

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001361-7

Conta: 000010046405-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Site: <http://www.seguradoralider.com.br>
 SAC: 0800 00 11 11 - 0800 00 11 11

SAC PRIVAT

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Para garantir o melhor atendimento, o preenchimento do formulário requerido deve ser realizado por quem possui o conhecimento necessário sobre o sinistro e a situação financeira do beneficiário. O preenchimento deve ser realizado em uma única sessão de atendimento, sendo que o preenchimento deve ser realizado em uma única sessão de atendimento.

O preenchimento do formulário deve ser realizado em uma única sessão de atendimento, sendo que o preenchimento deve ser realizado em uma única sessão de atendimento.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos - O representante legal deve ser o responsável legal do beneficiário, ou seja, o pai, mãe, tutor ou responsável legal do beneficiário. O representante legal deve ser o responsável legal do beneficiário, ou seja, o pai, mãe, tutor ou responsável legal do beneficiário.

Beneficiário entre 16 e 17 anos - O representante legal deve ser o responsável legal do beneficiário, ou seja, o pai, mãe, tutor ou responsável legal do beneficiário. O representante legal deve ser o responsável legal do beneficiário, ou seja, o pai, mãe, tutor ou responsável legal do beneficiário.

O representante legal deve ser o responsável legal do beneficiário, ou seja, o pai, mãe, tutor ou responsável legal do beneficiário. O representante legal deve ser o responsável legal do beneficiário, ou seja, o pai, mãe, tutor ou responsável legal do beneficiário.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

[Handwritten signature and stamp]

O representante legal deve ser o responsável legal do beneficiário, ou seja, o pai, mãe, tutor ou responsável legal do beneficiário. O representante legal deve ser o responsável legal do beneficiário, ou seja, o pai, mãe, tutor ou responsável legal do beneficiário.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

FAIXA DE RENDA MENSAL - Renda mensal do beneficiário ou representante legal. O representante legal deve ser o responsável legal do beneficiário, ou seja, o pai, mãe, tutor ou responsável legal do beneficiário.

CONTA POUPEANÇA - Conta poupança do beneficiário ou representante legal. O representante legal deve ser o responsável legal do beneficiário, ou seja, o pai, mãe, tutor ou responsável legal do beneficiário.

O representante legal deve ser o responsável legal do beneficiário, ou seja, o pai, mãe, tutor ou responsável legal do beneficiário. O representante legal deve ser o responsável legal do beneficiário, ou seja, o pai, mãe, tutor ou responsável legal do beneficiário.

[Handwritten signature and stamp]

O representante legal deve ser o responsável legal do beneficiário, ou seja, o pai, mãe, tutor ou responsável legal do beneficiário.

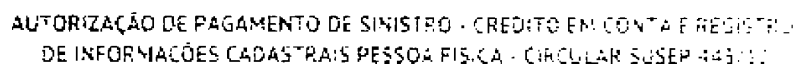
[Handwritten signature and stamp]



rocard

VISA





SAC DECAT

Il presente progetto è stato approvato dal comitato di lavoro per la ricerca scientifica, presieduto dal Prof. Giuseppe Di Stefano, e dalla commissione di valutazione dei progetti, presieduta dal Prof. Roberto Di Stefano, e ha ottenuto il finanziamento di 1.000.000.000 di lire.

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

Beneficiário entre 0 a 15 anos: O beneficiário tem direito a 12 parcelas de R\$ 100,00 (cem reais) por mês, com o valor total de R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por ano, acrescido de 10% (dez por cento) de desconto em folha de pagamento, quando o beneficiário estiver empregado.

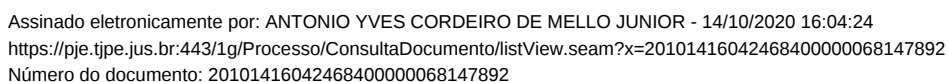
Beneficiário entre 16 e 17 anos – Se o beneficiário tiver entre 16 e 17 anos, o beneficiário deve ser acompanhado pelo responsável legal do beneficiário. Se o beneficiário não estiver acompanhado pelo responsável legal, o beneficiário deve ser acompanhado por um adulto que não seja o responsável legal do beneficiário.

NOME DO CLIENTE: _____ ENDEREÇO: _____ C.P. _____		NOME DO CLIENTE: _____ ENDEREÇO: _____ C.P. _____	
CONTA POUQUINHA: CONTA PARA PESSOAS COM RENDIMENTO DE ATÉ 10% INTERESSE ANUAL. É POSSÍVEL SACAR O DINHEIRO QUANTO QUISER. O VALOR MÁXIMO É DE R\$ 100,00.		CONTA CORRENTE: CONTA PARA PESSOAS COM RENDIMENTO DE ATÉ 10% INTERESSE ANUAL. É POSSÍVEL SACAR O DINHEIRO QUANTO QUISER. O VALOR MÁXIMO É DE R\$ 100,00.	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
1000	1000	1000	1000

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

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1037.

1.



rocard

VISA





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **17E0096004584**

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

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

Local: **BRASIA - BRASIA - AVENIDA CAXANGA 2500 - BRASIA - IPATINGA**
PELOPE PERNAMBUCO, BRASIL
Informante: **NÃO INFORMADO**

Pessoas envolvidas na ocorrência

Nome: **JOSEANE FRANCISCA DA SILVA** - **BRASIA - BRASIA - AVENIDA CAXANGA 2500 - BRASIA - IPATINGA**
PELOPE PERNAMBUCO, BRASIL - **CPF: 0422789-5** - **DP6°CIRC DIM/2ºDESEC**
Sexo: **F** - **DATA DO NASCIMENTO: 10/01/1978** - **ESTADO CIVIL: SOLTEIRO**
Grau de Instrução: **COMPLETO** - **PROFISSÃO: CAMAREIRA** - **ENDEREÇO: BRASIA - BRASIA - AVENIDA CAXANGA 2500 - BRASIA - IPATINGA - PELOPE PERNAMBUCO, BRASIL**

Objetos envolvidos na ocorrência

Nome: **JOSEANE FRANCISCA DA SILVA** - **BRASIA - BRASIA - AVENIDA CAXANGA 2500 - BRASIA - IPATINGA**
PELOPE PERNAMBUCO, BRASIL - **CPF: 0422789-5** - **DP6°CIRC DIM/2ºDESEC**

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

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - **Sexo: Feminino** - **JOSEANE FRANCISCA DA SILVA** - **BRASIA - BRASIA - AVENIDA CAXANGA 2500 - BRASIA - IPATINGA - PELOPE PERNAMBUCO, BRASIL** - **CPF: 0422789-5** - **DP6°CIRC DIM/2ºDESEC**
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: CAMAREIRA - **ENDEREÇO: BRASIA - BRASIA - AVENIDA CAXANGA 2500 - BRASIA - IPATINGA - PELOPE PERNAMBUCO, BRASIL**

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - **Sexo: Masculino** - **JOSEANE FRANCISCA DA SILVA** - **BRASIA - BRASIA - AVENIDA CAXANGA 2500 - BRASIA - IPATINGA - PELOPE PERNAMBUCO, BRASIL** - **CPF: 0422789-5** - **DP6°CIRC DIM/2ºDESEC**

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - **Sexo: Feminino** - **JOSEANE FRANCISCA DA SILVA** - **BRASIA - BRASIA - AVENIDA CAXANGA 2500 - BRASIA - IPATINGA - PELOPE PERNAMBUCO, BRASIL** - **CPF: 0422789-5** - **DP6°CIRC DIM/2ºDESEC**

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - **Sexo: Masculino** - **JOSEANE FRANCISCA DA SILVA** - **BRASIA - BRASIA - AVENIDA CAXANGA 2500 - BRASIA - IPATINGA - PELOPE PERNAMBUCO, BRASIL** - **CPF: 0422789-5** - **DP6°CIRC DIM/2ºDESEC**



JOSANE GRABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA (nao presente ao plantão) - 04
 Expediente - 02/11/2009 - 08:00h - 12:00h - NAG INFORMAGG PERNAMBUCO BRASIL

NOME (VERBOS) = INFORMADO: J. DA SILVA
 ENDEREÇO = J. DA SILVA
 VEICULO = AUTOMVEL NAO INFORMADO NAO INFORMADO
 CIDADE = CIDADE NAO INFORMADA

AS FOLHAS PRESENTES RELATAM QUE TRAVEJAVAM NA AVENIDA CAXANGA SENTIDO CIDADE NO VEICULO DO SENHOR DURAL QUANDO O MESMO PERDEU O CONTROLE DO CARRO E SE CHOCOU COM UM POSTE

COPIA ANTONIO FERRAZ GUANA LEAL - 150145 2720888

Psychiatric Times - Local

—



Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Centro - São Paulo/SP - CEP: 05013-000
http://www.segurodelider.com.br

São Paulo/SP

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

A Declaração de Ausência de Laudo do IML é utilizada para casos em que não houve necessidade de realização de exame de corpo de delito, conforme disposto no artigo 219 do Código de Processo Penal.

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O formulário deve ser preenchido por qualquer pessoa que tenha conhecimento da ocorrência, como pais, parentes ou responsáveis legais.

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, o formulário deve ser preenchido pelo próprio autor da ocorrência ou pelo responsável legal da vítima, desde que a vítima não tenha sido interditada por decisão judicial.

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso, o formulário deve ser preenchido pelo curador da vítima, desde que tenha sido nomeado por decisão judicial.

Assinatura do Representante Legal da Vítima: _____
Assinatura do Autor da Ocorrência: _____

Assinatura do Policial: _____

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Policial: _____

Assinatura do Autor da Ocorrência: _____

Assinatura do Policial: _____
Assinatura do Autor da Ocorrência: _____

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ O crime foi cometido por uma pessoa que não é conhecida do autor da ocorrência.
- ☐ O crime foi cometido por uma pessoa que é conhecida do autor da ocorrência, mas não é conhecido o nome da mesma.
- ☐ O crime foi cometido por uma pessoa que é conhecida do autor da ocorrência, e o nome da mesma é conhecido.

O presente formulário deve ser preenchido e assinado pelo representante legal da vítima, pelo autor da ocorrência ou pelo policial, conforme o caso, e deve ser entregue ao órgão de segurança pública competente para a investigação da ocorrência.

O presente formulário não substitui o laudo de corpo de delito, quando este for necessário.

Assinatura do Representante Legal da Vítima: _____

Assinatura do Autor da Ocorrência: _____



SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL - SPCV

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

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certidão que a
registra, em

o nome de **JOÃO GABRIEL RODRIGUES JUNIOR**, de **05** de **setembro** de **2020**.

JOÃO GABRIEL
RODRIGUES JUNIOR
05/09/2020

O presente certidão foi emitida em **05** de **setembro** de **2020**, às **16** horas e **42** minutos, no **Cartório de Registro Civil**, sob o número **69494173**, no **Estado do Ceará**, no **Município de Fortaleza**, no **Brasil**.

A presente certidão foi emitida em **05** de **setembro** de **2020**, às **16** horas e **42** minutos, no **Cartório de Registro Civil**, sob o número **69494173**, no **Estado do Ceará**, no **Município de Fortaleza**, no **Brasil**.

A presente certidão foi emitida em **05** de **setembro** de **2020**, às **16** horas e **42** minutos, no **Cartório de Registro Civil**, sob o número **69494173**, no **Estado do Ceará**, no **Município de Fortaleza**, no **Brasil**.

JOÃO GABRIEL RODRIGUES JUNIOR
JOÃO GABRIEL RODRIGUES JUNIOR

Assinado eletronicamente por: **Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior**, no **Estado do Ceará**, no **Município de Fortaleza**, no **Brasil**.

Assinado eletronicamente por: **Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior**, no **Estado do Ceará**, no **Município de Fortaleza**, no **Brasil**.

Assinado eletronicamente por: **Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior**, no **Estado do Ceará**, no **Município de Fortaleza**, no **Brasil**.

Assinado eletronicamente por: **Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior**, no **Estado do Ceará**, no **Município de Fortaleza**, no **Brasil**.

Assinado eletronicamente por: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior, no **Estado do Ceará**, no **Município de Fortaleza**, no **Brasil**.

Assinado eletronicamente por: **Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior**, no **Estado do Ceará**, no **Município de Fortaleza**, no **Brasil**.

Assinado eletronicamente por: **Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior**, no **Estado do Ceará**, no **Município de Fortaleza**, no **Brasil**.





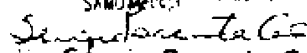
Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

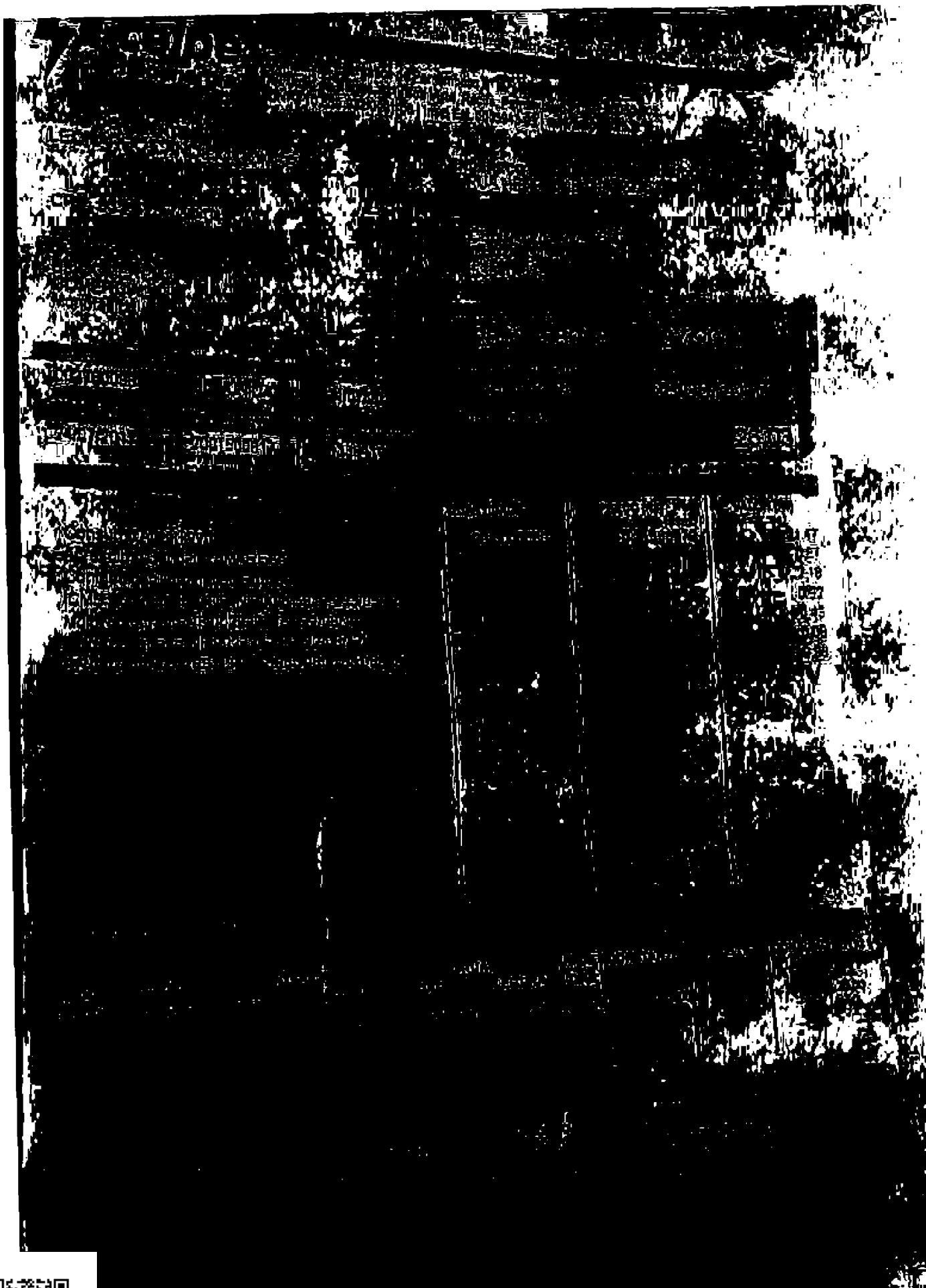
DATA: 09.04.2018
EM: 09.04.2018

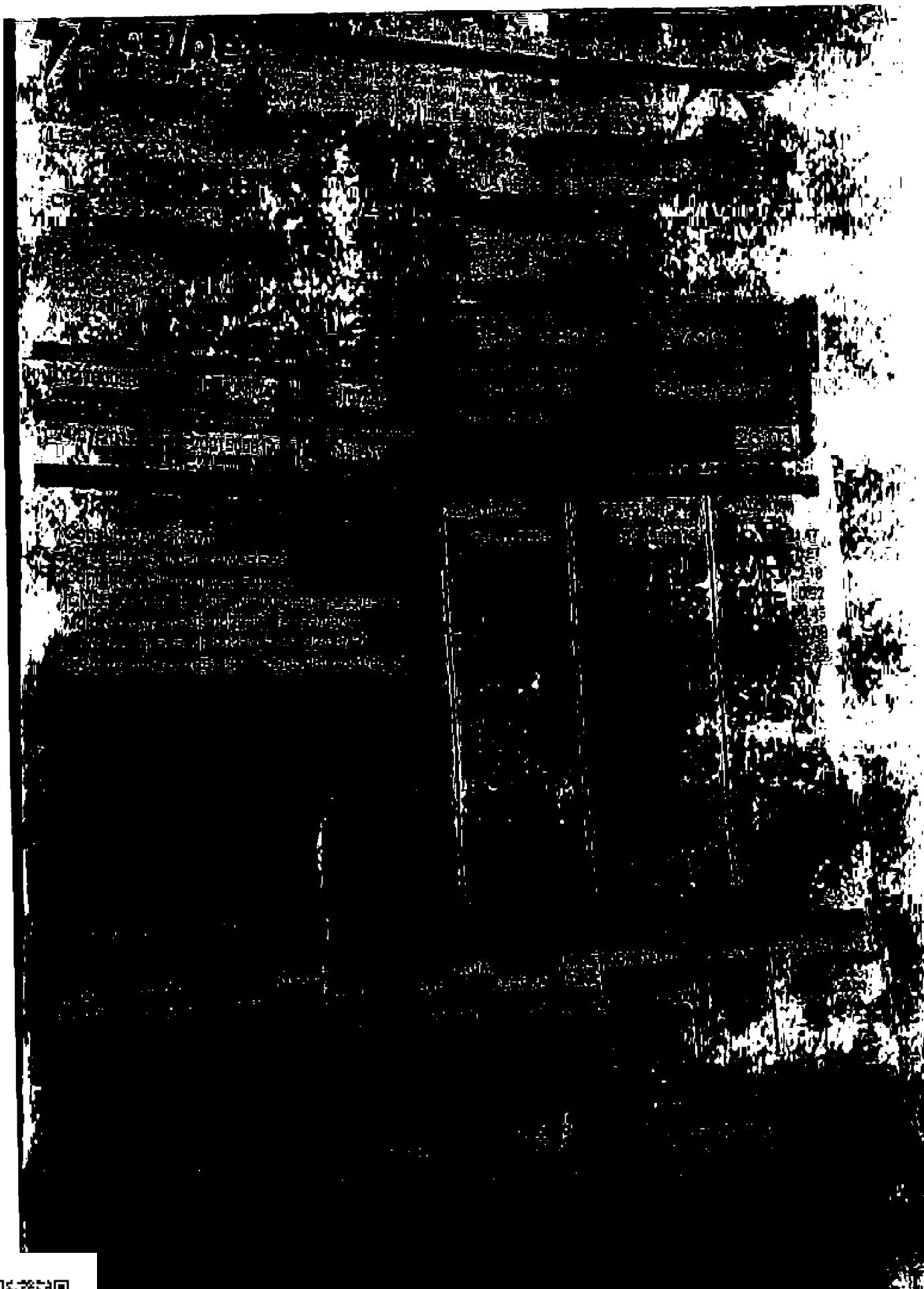
Atendendo ao requerimento da Sra. **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **7422789** SDS/PE e inscrita no CNJ nº 130.114 nº **067.956.344-00**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-327403**, que no dia 04 de maio de 2017, a paciente Menor **JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 01h30, vítima envolvida em colisão entre automóvel com poste, na Avenida Cavangá, imediações ao Colégio CEF, Cavanga, Recife/PE e sendo encaminhada para o Hospital da Restauração, onde faleceu em 09 de abril de 2018.

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


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







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

ECG = 150 Pulsações por minuto

Exposição Abdômen: fechado, macio

Sint. da dor: palpitação de tipo arterial de MID.

Diagnóstico: Politrauma - TCE leve
Fratura exposta MID?

Conclusão: Intimo
Traumato R-x MID / R-x tórax / bacal
NCR / Cipe
MB / HT
análise

Dr. Thais Abreu
CRM 40.234

Evolução de Enfermagem

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

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

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

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

Data e Hora Impressão: 04-May-17

02:50' GROSSEIRA T-2 MOLETA FRATURA SUSPENSOR D. AFRONTA
- POLTRAUMA, DEPOSIÇÃO E PERMIO (2) CO- FEMORAL
FURTIPOS MO - FRAT. INTERA (2/3 D.3-CA) DE PERMIO (2)
CO-DESTRUTURA 19-30-0 AD PAVIA E-5-2-20

- (2) CANTIVO
- (2) TALA COXA FORTÍSS
- (2) SUTURA D. RESUSCITAÇÃO NCR

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 18863 - TECT 12551



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

04/05/2017 02:17

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

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

Prioridade	AMARELO - URGENTE
Cor	AMARELO
Queixa Principal	VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO POR VOLTA DAS 01:00H, LEVANTOU APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM M.D. NEGA PERDA DE CONSCIENTIA E VOMITOS
Reservação	SAML
Problemas e Sinais	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Diagnósticos	FRATURA EXPOSTA
Especialidade	PEDIATRIA
Alergias	
Sinais e Sintomas	HEGUA DE DOR 3

04/05/2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA

04/05/2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA

04/05/2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA

04/05/2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA

04/05/2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA

04/05/2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA

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

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



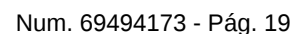


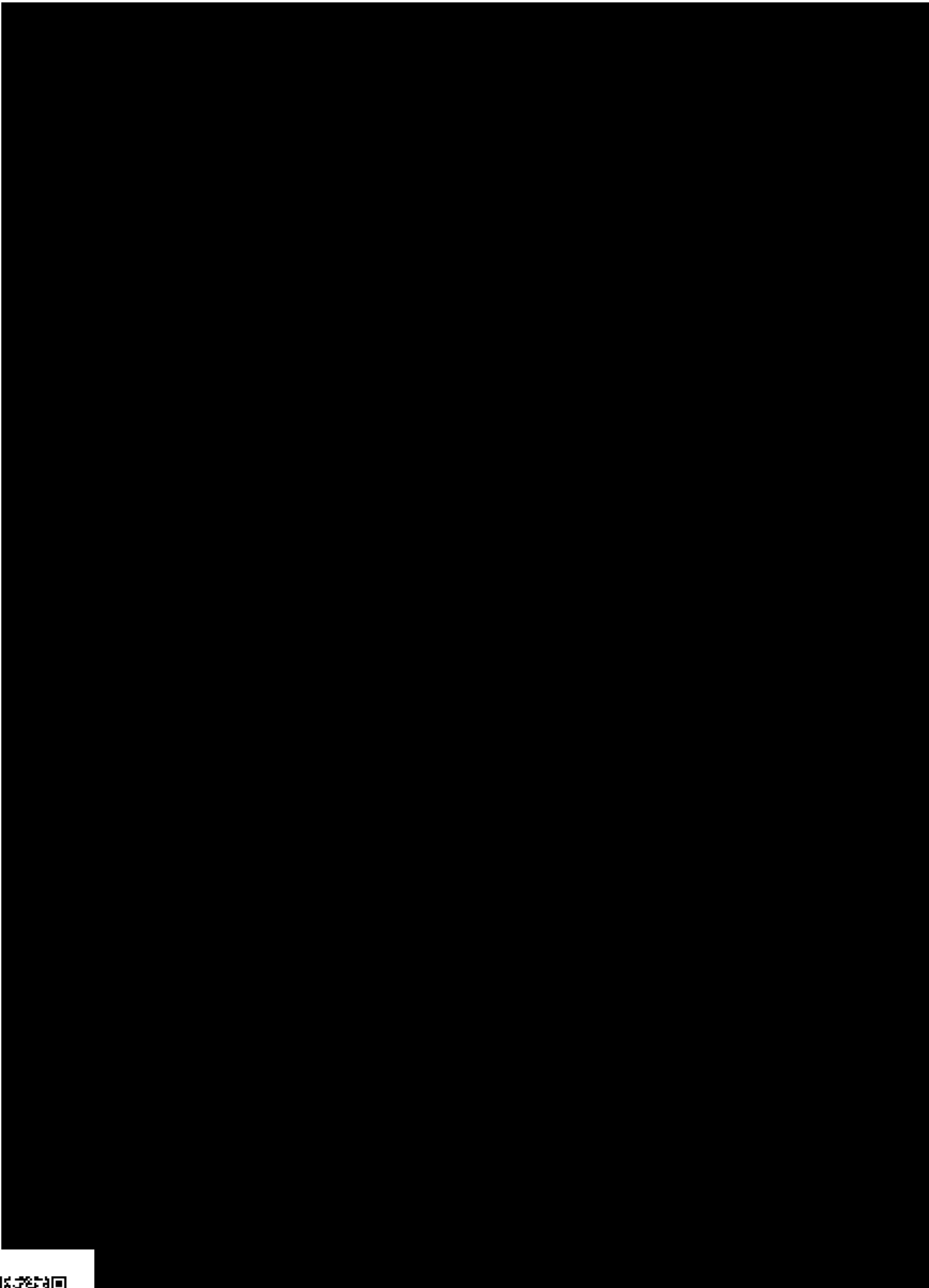
Dec 20 1944

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

Medico: _____ Membro Operador: _____

~~ATURADO~~

INSTRUMENTADOR: _____





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria Leito

Registro

Guilherme Gonçalves

EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/19

SIFE

Exat

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

Exat. Rádica, a pimenta
indoloresse

Clp. pimenta. Não TAF
pela p. de. da. da. da.

04/05/19

Exat

Exat. Rádica, a pimenta

Exat. Rádica, a pimenta

Exat. Rádica, a pimenta

Exat. Rádica, a pimenta

Exat. Rádica, a pimenta

04/05/19

Exat

Exat. Rádica, a pimenta

04/05

Exat. Rádica, a pimenta

Exat. Rádica, a pimenta



04/05/12

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

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

to m - 0 - m - 2

Col. Alta de SR sps. fnt
inertion 3

Quercus laevis
Quercus laevis
Quercus laevis

04/15/12 prior position on list as Oshes at Penn
(10:55L) ①, Kromars, Kromars, Kromars; 100 of
LAT; Kromars as 10 of Kromars at Kromars is 100
Kromars in the Kromars; Some in 100 of Kromars

04105134- Enigma

04105134- Enfumague
Menor aduicao noca enfumada, presente da
LA acordada, afelre, empua, iporacala, afirada
ultimo em ME D. + exorau. Itada NEE Sigur
em Unidades. Reus ④





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria-Leite

Registro

100

EVOLUÇÃO CLÍNICA

$$f(x) = \frac{1}{2} \left(\frac{1}{x} + \frac{1}{x^2} \right) \quad \text{for } x \in \mathbb{R} \setminus \{0\}$$

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1036.

Circumstance	Percentage of Respondents (%)
If someone is attacking you	85
If someone is threatening you	75
If someone is harassing you	65
If someone is insulting you	55
If someone is annoying you	45

24/05/10 Parrot 2000 27th 1000 1000

Wm W. Wood, June 22 1900, Texas, USA

Lippen nimm 100 g von meiner

Ammonia

15-LS-14 C.F.E.

2. ~~1997~~ 77 ~~1997~~ 1997

77-1662

11 8 x 7 1/2 in. 1000

Walter J. R. ...

Chloroceryle alpestris

1660. *Salix* *Alba* *Ch.*

10/10/10



05/03/2017 Supremacia

plano econômico e de regular, consumo, etc.
segurança, estabilidade, ordem; etc. Também em
a respeito do uso futuro externo do Estado
em relação; sobre a economia.

Declarado
ENCERTE
COREN-2019

06/05/17 Renovação, ordem, economia, etc.
normalidade, ordem, etc. etc. etc.
Ordem e de uso do Estado. E também, etc.
Futuro externo do Estado local, etc.
um novo plano, etc. etc.
temperatura e etc.

Declarado
ENCERTE
COREN-2019

06/05/17

Renovação, ordem, etc. etc. etc.
Ordem e de uso do Estado. E também, etc.
Futuro externo do Estado local, etc.
um novo plano, etc. etc.

Declarado
ENCERTE
COREN-2019



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

5/05/17 - 14:00

411-2-1587827 - osazne Gabriele Rodrigues Catarino da Silva 19x 19x51

73. Assume the author of Ex. 62 is 95.

Ex. exp. - Osses Perne D. 19 DPO (to cr.) Ex. exp. - EE Transcardiac T3,2 D.

71 Data Mining / 14-0315

Exatidão e fidelidade com o original na forma e conteúdo, mas estavam incorretamente: Ao exame: MD, Neurologia, e Análise de Urina presentes, PD secreta.

-22 NOV

20. **Trabalho Prático - Grupo B - Acompanhamento clínico** com NCR e CIPB

Der 1881-Untersuchung
Hauptstadt des Reiches
1881-1882

06/05/74 to present day

HO ① fratura exposta de ambr. de p. ②
criação interna de fratura interna
na margem

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

10 C. J. Parker agent do.



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

6/05/17 - 14:00

411-2 (1587627) - **Antonio Gabriel Rodrigues Cataño da Silva** (P: 9 - 35)

Tx: Acidente automobilístico - 14:05h

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

Id: Cefaleia e vômitos

Evolução da dor do na perna direita lateral, mas esteve clinicamente - A/ Exame: M/D
(Neurovascular - Mobilidade presentes - FO secreta)

APP: NPM

CD: Aguarda cirurgia - Acompanhamento conjunto com NUP

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 10682/2017
RECEBUE



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

7/05/17 – 14:00

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

Tu, Acidente automobilístico (4/15)

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

T3 Perna (trau.) / Flexão +

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

REF: NDI

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NCP

Dr. J. L. M. Mello
Médico Assistente Social
2007-1-14



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

8/05/17 - 14:00

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

7a - Acidente auto - colisão com poste

Ex exp. Úlcera hemia D. 4x2 PU (toal. Ex exp. - FE Transarticular TNE D

DA Catarina - Clivane -

Exatidão - tomografia estável - inicialmente - Ao Exame - MIA (NeuroVascular - Mobilidade
presentes - Flapping

Ex - N34

CD - Aguardando o exame de tomografia para o exame NCP

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
MÉDICO TRAUMATOLOGISTA
CRM 1587827



Exatidão - tomografia estável - inicialmente - Ao Exame - MIA (NeuroVascular - Mobilidade
presentes - Flapping





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO



RELATORIO DE OPERAÇÃO

PERNAMBUCO

Nome do Paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Endereço: Rua da Liberdade, 100 - Jd. do Sol - Recife - PE

Telefone: (011) 3333-3333

Operador:

Assistente:

Assistente:

Enfermeiro:

Anestesiologista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Localização Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Localização Realizada:

Observações (OBSERVAÇÕES):

Realizada a cirurgia de remoção de tumor no
seio direito do paciente, com o uso de anestesia
geral. O tumor mede aproximadamente 5cm de diâmetro.
O paciente foi submetido a uma cirurgia de remoção
do tumor, com o uso de anestesia geral. O tumor
foi removido com sucesso e o paciente está em boas
condições. O paciente foi submetido a uma cirurgia
de remoção do tumor, com o uso de anestesia geral.
O tumor foi removido com sucesso e o paciente está
em boas condições. O paciente foi submetido a uma
cirurgia de remoção do tumor, com o uso de anestesia
geral. O tumor foi removido com sucesso e o paciente
está em boas condições.

DOI: 0042



FICHA DE ANESTESIA

Date

14/10/20

HOSPITAL DE RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Sexo: M Idade: 38 Anos
 Nascido em: 14/10/1982 em: PERNAMBUCO
 CPF: 012.345.678-90 RG: 123456789
 Endereço: Rua da Saúde, 123 - Jd. Primavera - Recife - PE
 Telefone: (71) 3456-7890

Procedimento: Exatoma
 Anestesia: Local
 Tipo de Anestesia: Exatoma

Medicamento	Dose	Via	Observações
Propofol	100mg	IV	
Fentanyl	100mcg	IV	
Midazolam	10mg	IV	
Atorvastatina	20mg	IV	
Clonidina	100mcg	IV	
Albúmina	100g	IV	
Insulina	10U	IV	
Glucose	50g	IV	
Eletrólitos		IV	
Anticoagulantes		IV	
Antieméticos		IV	
Antipruriginosos		IV	
Antidoto		IV	
Outros		IV	

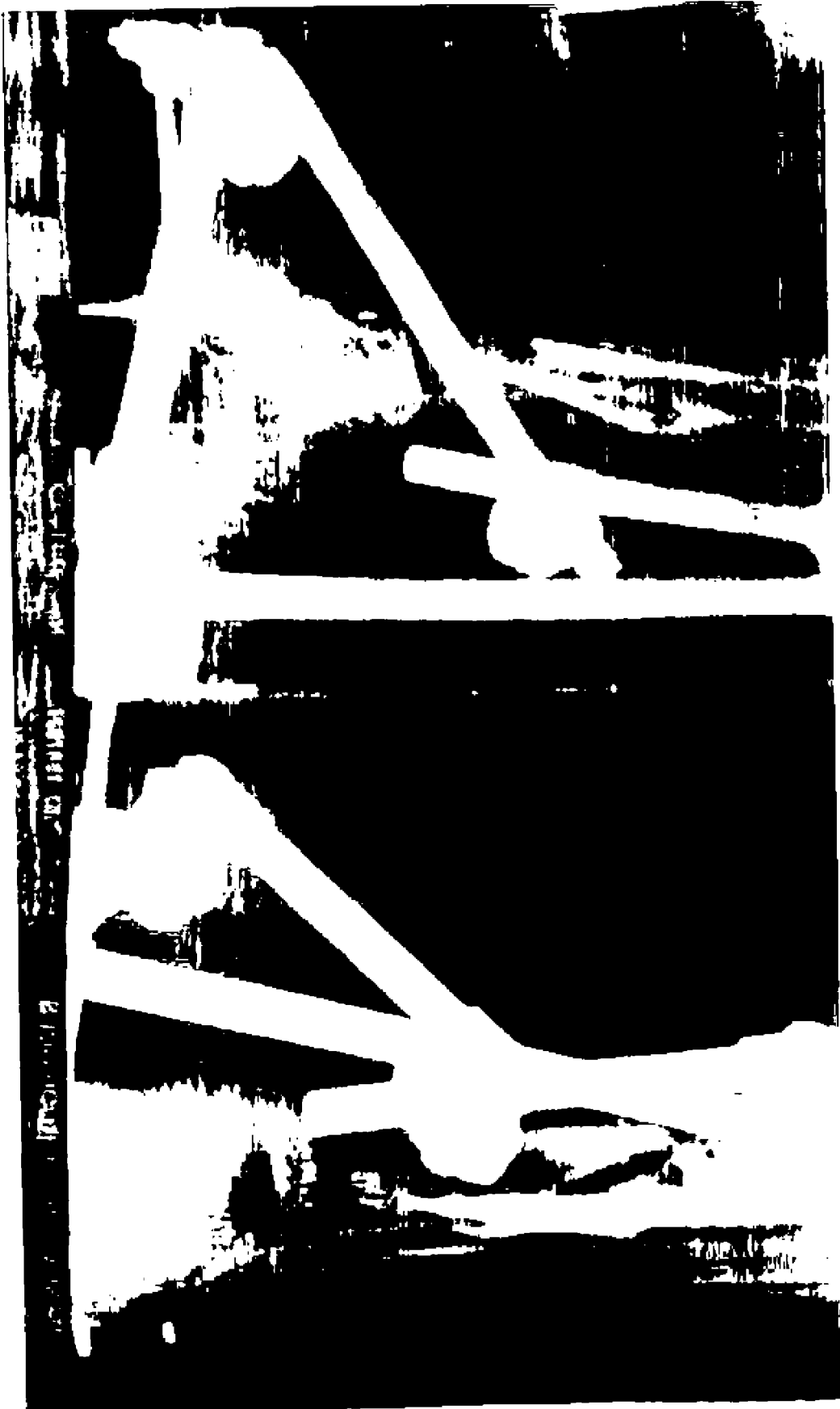
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR em: 14/10/2020 16:04:24
 Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR em: 14/10/2020 16:04:24
 Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR em: 14/10/2020 16:04:24







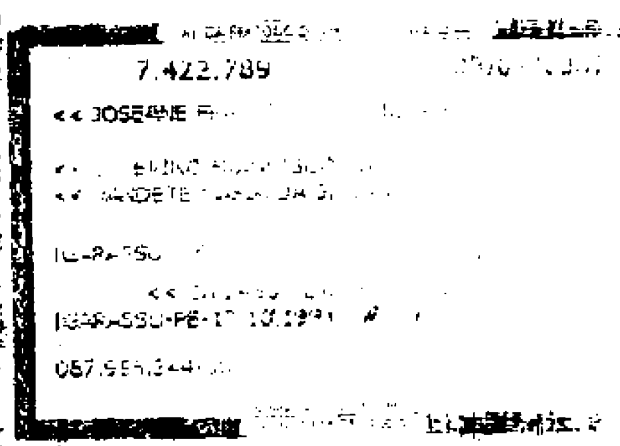
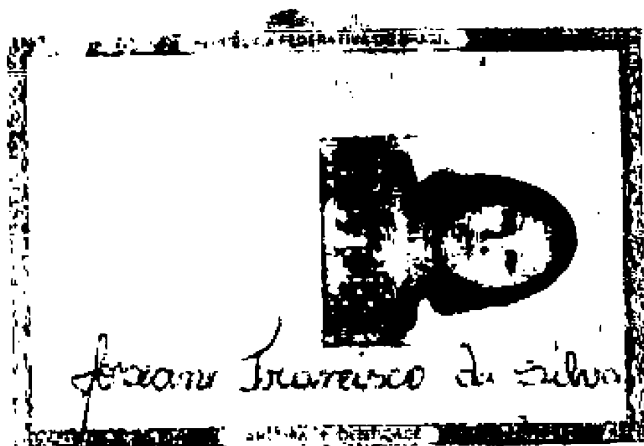


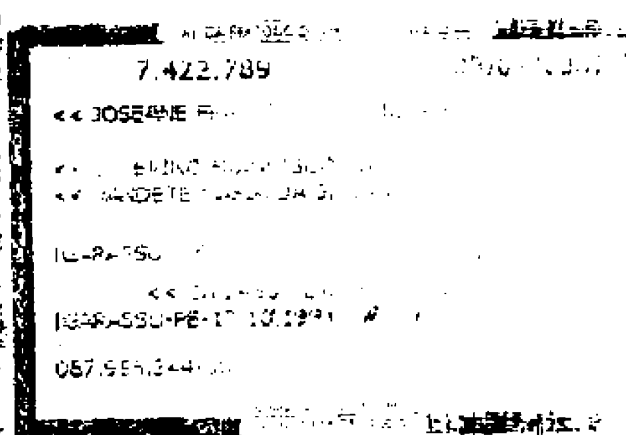
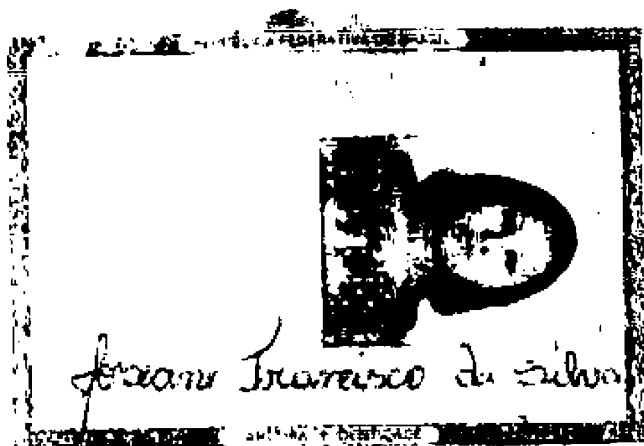












PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200152013

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES
CATANHO DA SILVA

Data do acidente: 04/05/2017

Seguradora: Companhia de Seguros
Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FIBULA DIREITA.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos
complementares:

Observações: PÁG.15/16_CIRURGIA.

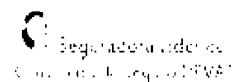
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118345/20

Vítima: JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO

CPF: 067.956.344-00

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 04/05/2017

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

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

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

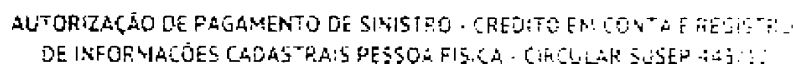
BANCO: 001

AGÊNCIA: 01361-7

CONTA: 000010046405-X

Nr. da Autenticação 2F9BD5112FFF45DD





SAC DECAT

Il presente progetto è stato approvato dalla Commissione di valutazione dei progetti della Regione Siciliana, con delibera n. 100 del 12/05/2010, e dalla Commissione di valutazione dei progetti della Regione Lazio, con delibera n. 100 del 12/05/2010.

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

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

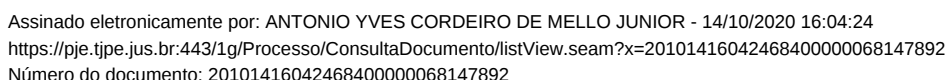
Beneficiário entre 16 e 17 anos – Se o beneficiário tiver entre 16 e 17 anos, o requerente deve apresentar o documento de identificação do beneficiário, bem como o documento de identificação do requerente, e o documento de identificação do beneficiário, bem como o documento de identificação do requerente.

NOME DO CLIENTE ENDEREÇO CIDADE - ESTADO - CEP		NOME DO CLIENTE ENDEREÇO CIDADE - ESTADO - CEP	
CONTA POUQUINHA CONTA PARA PESSOAS COM RENDIMENTO BAIXO É A MELHOR PARA QUEM TEM RENDIMENTO BAIXO E QUER ECONOMIZAR		CONTA CORRENTE CONTA PARA QUEM TEM RENDIMENTO ALTO É A MELHOR PARA QUEM TEM RENDIMENTO ALTO E QUER ECONOMIZAR	
ATENDIMENTO 11 3000 1111	CONTA 11 3000 1111	AGÊNCIA 11 3000 1111	CONTA 11 3000 1111

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

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

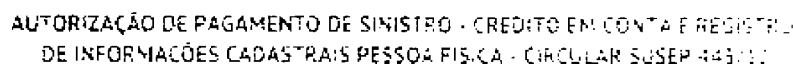
1. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 284: 2689-2694.



Procard

VISA





SAC DECAT

Il presente progetto è stato approvato dalla Commissione di valutazione dei progetti della Regione Siciliana, con delibera n. 100 del 12/05/2010, e dalla Commissione di valutazione dei progetti della Regione Lazio, con delibera n. 100 del 12/05/2010.

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

Beneficiário entre 0 a 15 anos: O beneficiário tem direito a 12 parcelas de R\$ 100,00 (cem reais) por mês, com o valor total de R\$ 1.200,00 (dois mil e duzentos reais) por ano, acrescido de 10% (dez por cento) de desconto em nome do beneficiário, para o pagamento de despesas com alimentação, saúde, educação, transporte e vestuário.

Beneficiário entre 16 e 17 anos – Se o beneficiário tiver entre 16 e 17 anos, o requerente deve apresentar o documento de identificação do beneficiário, bem como o documento de identificação do requerente, e o documento de identificação do beneficiário, bem como o documento de identificação do requerente.

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

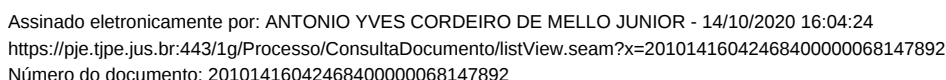
[illegible]

AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
1	2	3	4

The following table contains information on the number of children in the sample who are in the age range 0-14 years, by sex and by country. The table also shows the percentage of the total population in the age range 0-14 years, by sex and by country. The data is presented for the years 1990, 1995, 2000, 2005, and 2010.

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

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1033-1038.



rocard

VISA





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **17E0096004584**

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

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

Local: RUA DE CARVALHO, AVENIDA CAJANGA 2500 - F. - IPATINGA
RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL
Data: 04/08/2017 NAO INFORMADO

Pessoas envolvidas na ocorrência

Nome: JOSEANE FRANCISCA DA SILVA
Sexo: F
Data de Nascimento: 04/08/1979
CPF: 040.888.888-00
RG: 22.222.222-2
Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: NAO INFORMADO

Objetos envolvidos na ocorrência

Nome: NAO INFORMADO
Marca: NAO INFORMADO
Modelo: NAO INFORMADO
Cor: NAO INFORMADO
Número: NAO INFORMADO

Relatório de dados/pessoas(s) envolvida(s)

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - Sex: FEMININO - JOSEANE
MARIA DA SILVA - SEVERINO FRANCISCO DA SILVA - F. - 22/08/1979 - F. -
IGARASSU - PERNAMBUCO - BRASIL - CPF: 040.888.888-00 - RG: 22.222.222-2 -
Estado Civil: SOLTEIRO - Profissão: NAO INFORMADO - Endereço: RUA DE CARVALHO, AVENIDA CAJANGA 2500 - F. - IPATINGA - RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL - CEP: 51.040-000

JOSEANE FRANCISCA DA SILVA (presente ao plantão) - Sex: FEMININO - JOSEANE
MARIA DA SILVA - SEVERINO FRANCISCO DA SILVA - F. - 22/08/1979 - F. -
IGARASSU - PERNAMBUCO - BRASIL - CPF: 040.888.888-00 - RG: 22.222.222-2 -
Estado Civil: SOLTEIRO - Profissão: NAO INFORMADO - Endereço: RUA DE CARVALHO, AVENIDA CAJANGA 2500 - F. - IPATINGA - RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL - CEP: 51.040-000

JANUARI GALLETTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sex: FEMININO - J. JOSEANE
FRANCISCO DA SILVA - J. SEVERINO FRANCISCO DA SILVA - F. - 22/08/1979 - F. -
RECIFE - PERNAMBUCO - BRASIL

JURVAL JOSE DA SILVA (nao presente ao plantão) - Sex: MASCULINO - F. - NAO



JOSANE GRABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA (nao presente ao plantão) - 04
 Expediente - 08/11/2009 - 12:00h - NAG INFORMAGÊ PERNAMBUCO BRASIL

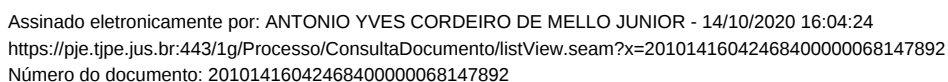
[illegible]

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

COPIA ANTONIO FERRAZ GUANA LEAL - 11/05/2013 27/2/883

Verdiana Zeno - Local

—



Endereço: Rua José de Faria, 100 - Jd. São Paulo - São Paulo - SP
http://www.segurodelider.com.br

São Paulo

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Assinatura do responsável legal da vítima: _____

Data: ____/____/____

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome: _____
CPF: _____

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do responsável legal da vítima: _____

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ O crime foi cometido por uma pessoa que não é conhecida pelo responsável legal da vítima.
- ☐ O crime foi cometido por uma pessoa que é conhecida pelo responsável legal da vítima, mas não é conhecido o nome da pessoa.
- ☐ O crime foi cometido por uma pessoa que é conhecida pelo responsável legal da vítima, e o nome da pessoa é conhecido.

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

Assinatura do responsável legal da vítima: _____

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____



SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL - SPC

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

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certidão que a criança de nome **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** nasceu em **14/10/2020** às **16:04** horas, no Hospital **Amor e Vida**, em Fortaleza, Ceará, Brasil.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
14/10/2020

O pai, **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**, nascido em **14/10/1988**, em **Fortaleza, Ceará, Brasil**.

O filho, **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**, nascido em **14/10/2020**, às **16:04** horas, no Hospital **Amor e Vida**, em Fortaleza, Ceará, Brasil.

O filho, **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**, nascido em **14/10/2020**, às **16:04** horas, no Hospital **Amor e Vida**, em Fortaleza, Ceará, Brasil.

O filho, **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**, nascido em **14/10/2020**, às **16:04** horas, no Hospital **Amor e Vida**, em Fortaleza, Ceará, Brasil.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Foi declarado da Apresentação, Nº. 30504957701.

Assinado por: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**
Data: **14/10/2020**

Assinado por: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**
Data: **14/10/2020**

Assinado por: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR**
Data: **14/10/2020**

*Assinado por: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR***
Data: **14/10/2020**

Assinado por: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** Data: **14/10/2020**

Assinado por: **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR** Data: **14/10/2020**





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DATA: 08.04.2018
EM: 09.04.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **7422789** SDS/PE e inscrita no CNJ nº 130.114 nº **067.956.344-00**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-327403**, que no dia 04 de maio de 2017, a paciente Menor **JOSANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 01h30, vítima envolvida em colisão entre automóvel com poste, na Avenida Cavangá, imediações ao Colégio CEF, Cavanga, Recife/PE e sendo encaminhada para o Hospital da Restauração, onde faleceu em 09 de abril de 2018.

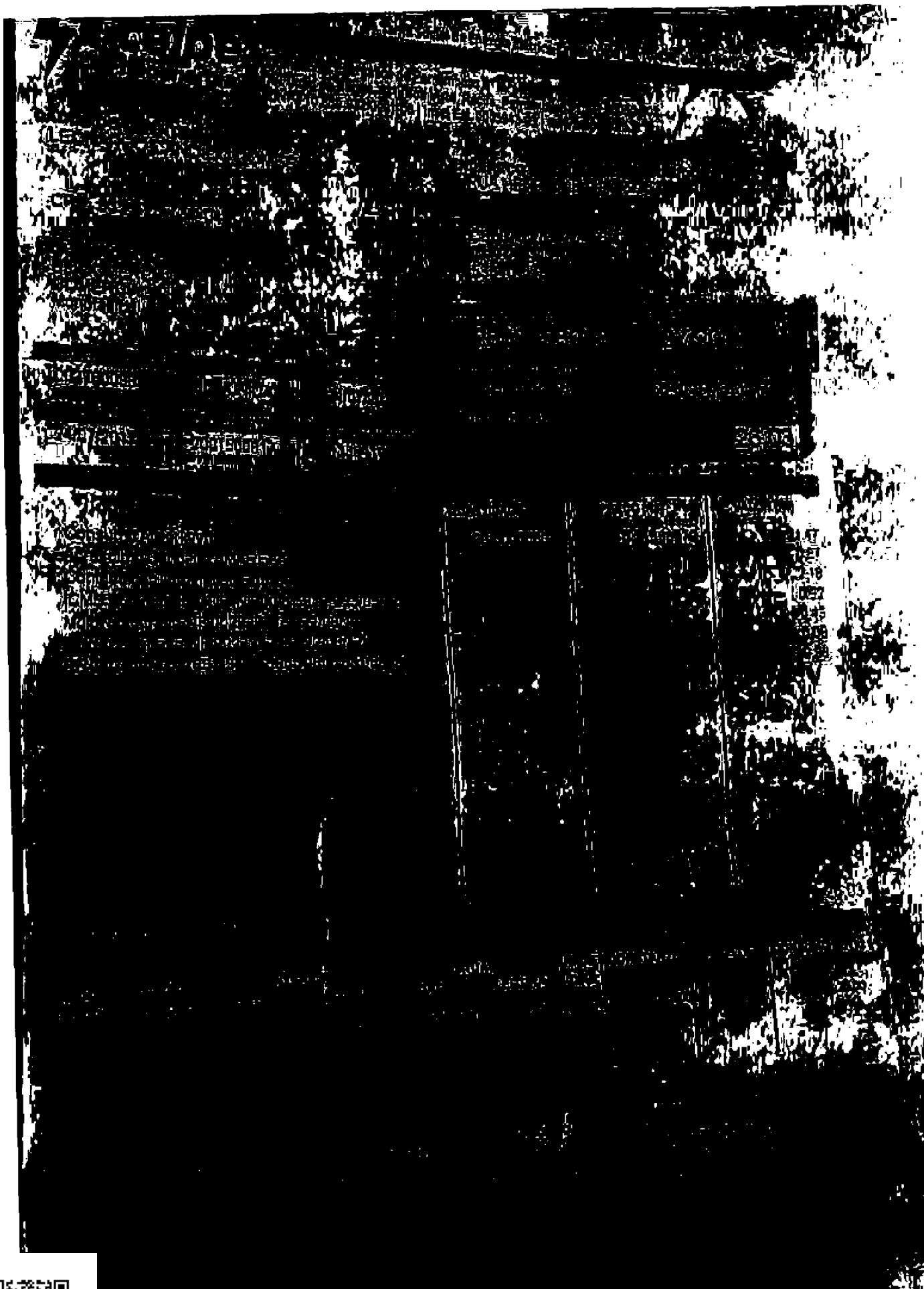
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Apoio
SAMU Metropolitano do Recife

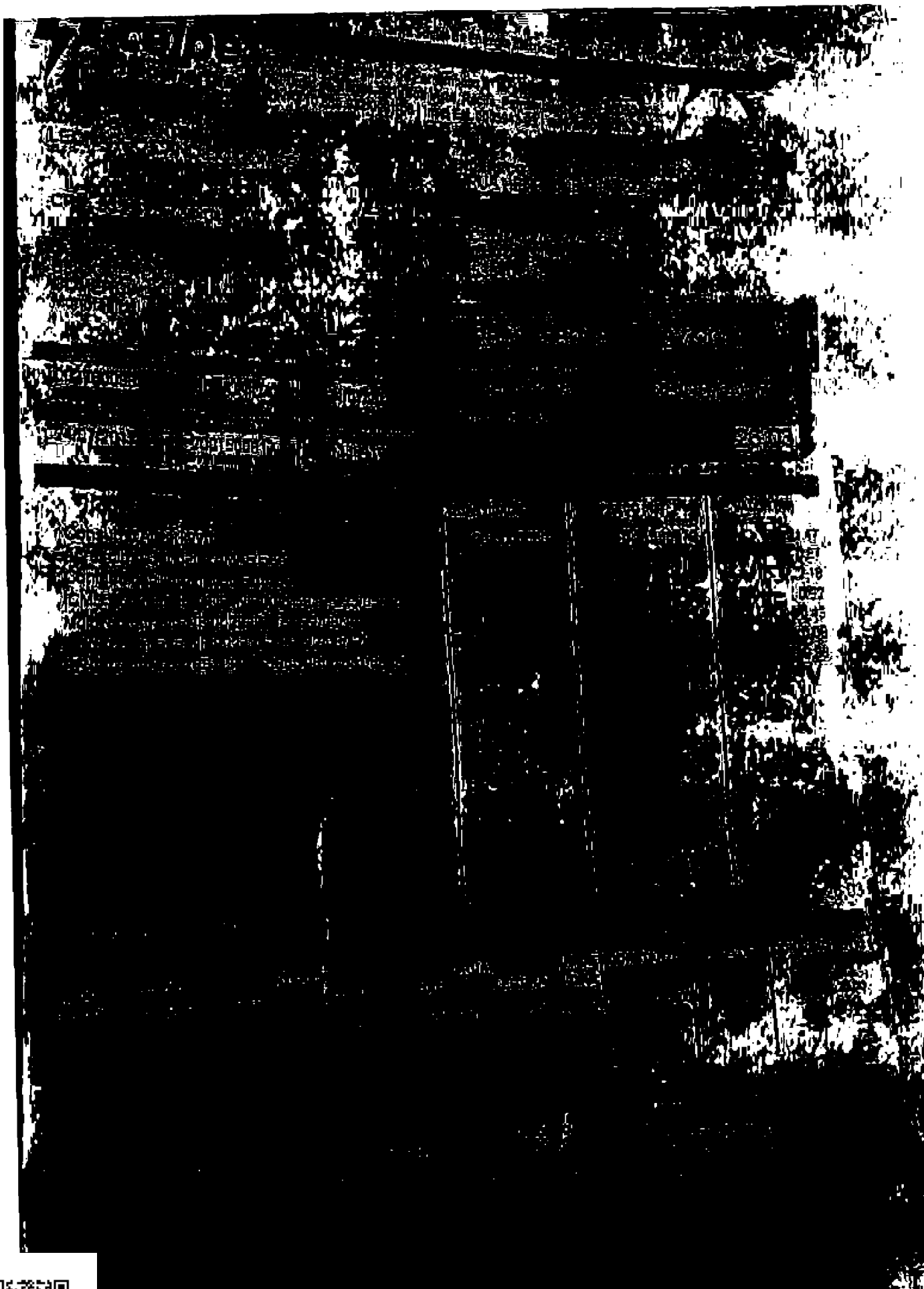
SergioParenteCosta

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Apoio
SAMU Metropolitano do Recife







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

ECG = 180 Ruptura da cápsula

Exposição Abdominal: fechada, macia

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

Diagnóstico: Politruma - TCE leve
Fratura exposta MID?

Conclusão: Intimato
Traumato R-x MID / R-x tórax / bacal
NCR / Cipe
MB / HT
análise

Dr. Thais Abreu
CRM 40.234

Evolução de Enfermagem

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

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

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

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

Data e Hora Impressão: 04-May-17

02:50' CIRCUNFERÊNCIA T-2 MÓDULO FRATURA SUBCUTÂNEA D. A. F. A. T. M.
- POLITRUMAS, DEPOSIÇÃO DE PERMIO (2) CO- FEMORAL
FURTIPOS M- FRAT. INTERA (1/3 D. B. C. A.) DE PERMIO (2)
CO- DE C. F. A. V. A. N. A. 19- 30- U. AD. P. A. V. A. E. - 10. 2. 2. 0

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

Dr. Fagner Athayde
Médico Ortopedista
CRM 18863 - TECT 12551



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

04-05-2017 02:17

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

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

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

04-05-2017 02:17 - RUTHEANNE MELO DE SIQUEIRA

4/5 - 1/5 - 4/5 - 1/5

Rutheanne Melo de Siqueira
Enfermeira - COREN 308201
Data: 04-05-2017 02:17

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:04:24

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:04:24

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:04:24

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

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



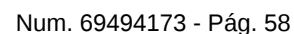


Date: 10/22/2019 10:47 AM

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

Medico: [Signature] Membro Operador: [Signature]

~~ATURADO~~

INSTRUMENTADOR: _____



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA

Por este instrumento particular, o(a) paciente João Cabral de Kedinguer C.
internado neste Hospital com o registro 127767 ou seu responsável legal Antônio Rodrigues Catão de F. S. declara para todos os fins legais
especialmente ao disposto no artigo 19, V, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao(a) médico(a)
assistente para proceder as investigações necessárias ao

diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado de
tratamento de fratura da perna, e todos os procedimentos que a
incluam inclusive anestésias ou outras condutas médicas adequadas ao tratamento médico possa requerer
podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde.
Declara, outrossim, que o referido(a) médico(a) atendendo ao disposto no art. 5º do Código de Ética
Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado
prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados
tratamento sugerido é ora autorizado.

POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES:

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

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

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

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

Recife, 4 de MAIO de 2017.

Assinatura do(a) paciente

Assinatura do responsável

Assinatura do(a) médico(a)

RG

Nome

RG: 040.142.990-78

Nome

CRM

Nome





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Enfermagem

UF

Nome do paciente

15/10/2020

EVOLUÇÃO CLÍNICA

15/10/2020 - Paciente em estado de saúde
estável, com boa evolução clínica.
Sem alterações significativas.
O paciente está bem, com
boa evolução.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 14/10/2020 16:04:24





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria Leito

Registro

Guilherme Gonçalves

EVOLUÇÃO CLÍNICA

04/05/19

SIFE

Exat

FCV ótimo do quadro atualizado
com fígado intacto, a a dor de
carga do abdômen

Exat. Rádica, a a dor de
carga do abdômen

Exat. Rádica, a a dor de
carga do abdômen

04/05/19

Exat. Rádica, a a dor de

Exat. Rádica, a a dor de

Exat. Rádica, a a dor de

Exat. Rádica, a a dor de

Exat. Rádica, a a dor de

Exat. Rádica, a a dor de

Exat. Rádica, a a dor de

Exat. Rádica, a a dor de



04/05/12

no ~~one~~ ^{one} ~~at~~ ^{at} ~~slate~~ ^{slate} ~~ratio~~ ^{ratio}
sup ~~max~~ ^{max}

$$\frac{1}{FC} = 9.6$$

to m - 0 - m

Cal. Alte de SR após estudo

10/10/2010

04/15/12 prior position on list as Oshes at Penn
(10:55L) ①, Kromars, Kromars, Kromars; 100 of
LAT; Kromars as 10 of Kromars at Kromars is 100
Kromars in the Kromars; Some in 100 of Kromars

04105134- Enigmaque

04105134- Enfumague
Menor aduicao nesa enfumaca, presente da
EA acordada, afelri, empua, iporaca, afiraca
notimo eu ME D. + exorcas. Itada VCC Sigur
em Unidos. pens ④





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
ESTADO DE

Paciente

Enfermarias-Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Juliano Junior, 28 anos, branco, casado, residente em Rua da Restauração, nº 100, bairro da Restauração, cidade de Recife, PE. Possui diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, em tratamento com insulina.

Admissão em 14/10/2020. Exame físico: PA 120/80 mmHg, FC 72 bpm, FR 18 rpm, SpO2 98%, T 36,5°C. Exame de urina: glicose (+), cetona (-). Exame de sangue: glicose 180 mg/dL, HbA1c 8,5%. Tratado com insulina NPH e regular. Evolução satisfatória. Alta em 15/10/2020.



05/03/2017 Suplemento

plano econômico e de regular, consumo, etc.
seguros e indenização; assim, etc. Também em
o pagamento de R\$ 100.000,00 para o NID e para
os gastos; assim, etc. e assim.

Declaro que
ENFERMAGEM
COREN-SP/019

06/05/17 Renovação de contrato, aumento de
valorização, assim, etc. e assim.
Quanto a de R\$ 100.000,00. E assim, etc. e assim.
Assim, etc. e assim. Assim, etc. e assim.
Assim, etc. e assim. Assim, etc. e assim.
Assim, etc. e assim. Assim, etc. e assim.

Declaro que
ENFERMAGEM
COREN-SP/019

06/05/17

Assim, etc. e assim. Assim, etc. e assim.
Assim, etc. e assim. Assim, etc. e assim.
Assim, etc. e assim. Assim, etc. e assim.
Assim, etc. e assim. Assim, etc. e assim.

Declaro que
ENFERMAGEM
COREN-SP/019



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

5/05/17 - 14:00

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

Tx - Acidente automobilístico dia 04/05.

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

RI - Definitiva - 11/05/17

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

EP - NEN

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

Dr. G. A. L. LIMA JUNIOR
RPPS 00000000000000000000
05/05/2017 14:00

06/05/17 - Traumatologia

HO - O paciente apresenta dor no dorso da perna D
durante o movimento de flexão e extensão
na região

Exame de dor e mobilização de M.O.
No exame Sem resposta distal, nervosidade presente
clínica musculares na M.O.

CD - C. Inspeção mental de

J



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

6/05/17 - 14:00

411-2 (1587627) - **Antonio Gabriel Rodrigues Cataño da Silva** (P: 9 - 35)

Tx: Acidente automobilístico - 14:05h

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

dx: Cefaleia no crânio

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

APP: NDI

CD: Aguarda cirurgia - Acompanhamento conjunto com NUP

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 10682/PR
RECEBUE



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

7/05/17 – 14:00

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

Tu, Acidente automobilístico (4/15)

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

T3 Perna (trau) / Flexão +

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

REF: NDI

CD: Aguarda cirurgia + Acompanhamento conjunto com NCP

Dr. J. L. M. Mello
Médico Assistente Social
2007-1-14



EVOLUÇÃO MÉDICA TRAUMATO

8/05/17 - 14:00

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

7a - Acidente auto - colisão na RE -

Ex exp. Ússus hernia D. 4x 0,90 cm. Ex exp. - FE Transarticular TNE D.

DA Catarina - (Tivane) -

Exatidão - Tornalho estável - Exame - MIA (NeuroVascular - Mobilidade presentes - Fluidez)

Ex - N34

CD - Aguardando o exame de acompanhamento com o T. 01/06/17

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
MÉDICO TRAUMATOLOGISTA
CRM 1587827

Exatidão - Tornalho estável - Exame - MIA (NeuroVascular - Mobilidade presentes - Fluidez)
Ex - N34
CD - Aguardando o exame de acompanhamento com o T. 01/06/17





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO



RELATORIO DE OPERAÇÃO

PERNAMBUCO

Nome do Paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Endereço: Rua da Liberdade, 100, Jd. do Sol, Recife, PE

Cidade: Recife

Operador:

Assistente:

Assistente:

Enfermeiro:

Anestesiologista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Exame Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

Observações: Operação realizada com sucesso.

Operação realizada com sucesso.

Operação realizada com sucesso.

Operação realizada com sucesso.

Operação realizada com sucesso.

Operação realizada com sucesso.

Operação realizada com sucesso.

Operação realizada com sucesso.

Operação realizada com sucesso.

Operação realizada com sucesso.

Operação realizada com sucesso.

Operação realizada com sucesso.

Operação realizada com sucesso.

Operação realizada com sucesso.

DOI: 0042



PERNAMBUCO

Date: _____ Page: _____
 Name: _____
 Topic: _____
 Chapter: _____
 Section: _____
 Sub-section: _____
 Date: _____ Page: _____
 Name: _____
 Topic: _____
 Chapter: _____
 Section: _____
 Sub-section: _____

[illegible]

| | | | | |
|---------------|----------------|-----------------|--------------|--------------------|
| 1. Name | 2. Address | 3. City | 4. State | 5. Zip |
| 6. Phone | 7. E-mail | 8. Fax | 9. Telex | 10. Cable |
| 11. Birthdate | 12. Birthplace | 13. Nationality | 14. Religion | 15. Marital Status |
| 16. Education | 17. Occupation | 18. Income | 19. Assets | 20. Liabilities |
| 21. Health | 22. Family | 23. Social | 24. Cultural | 25. Other |

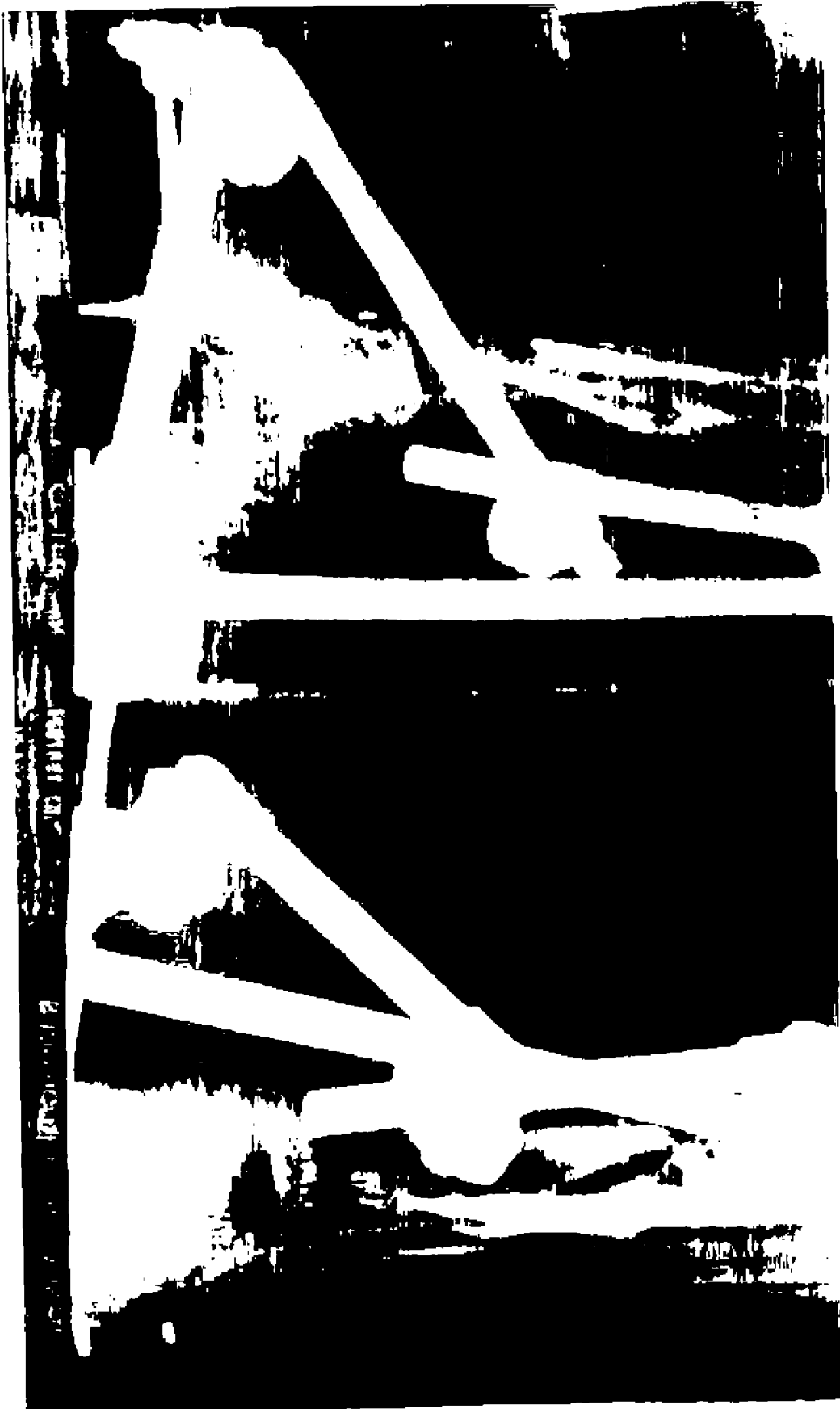
100-443886-100



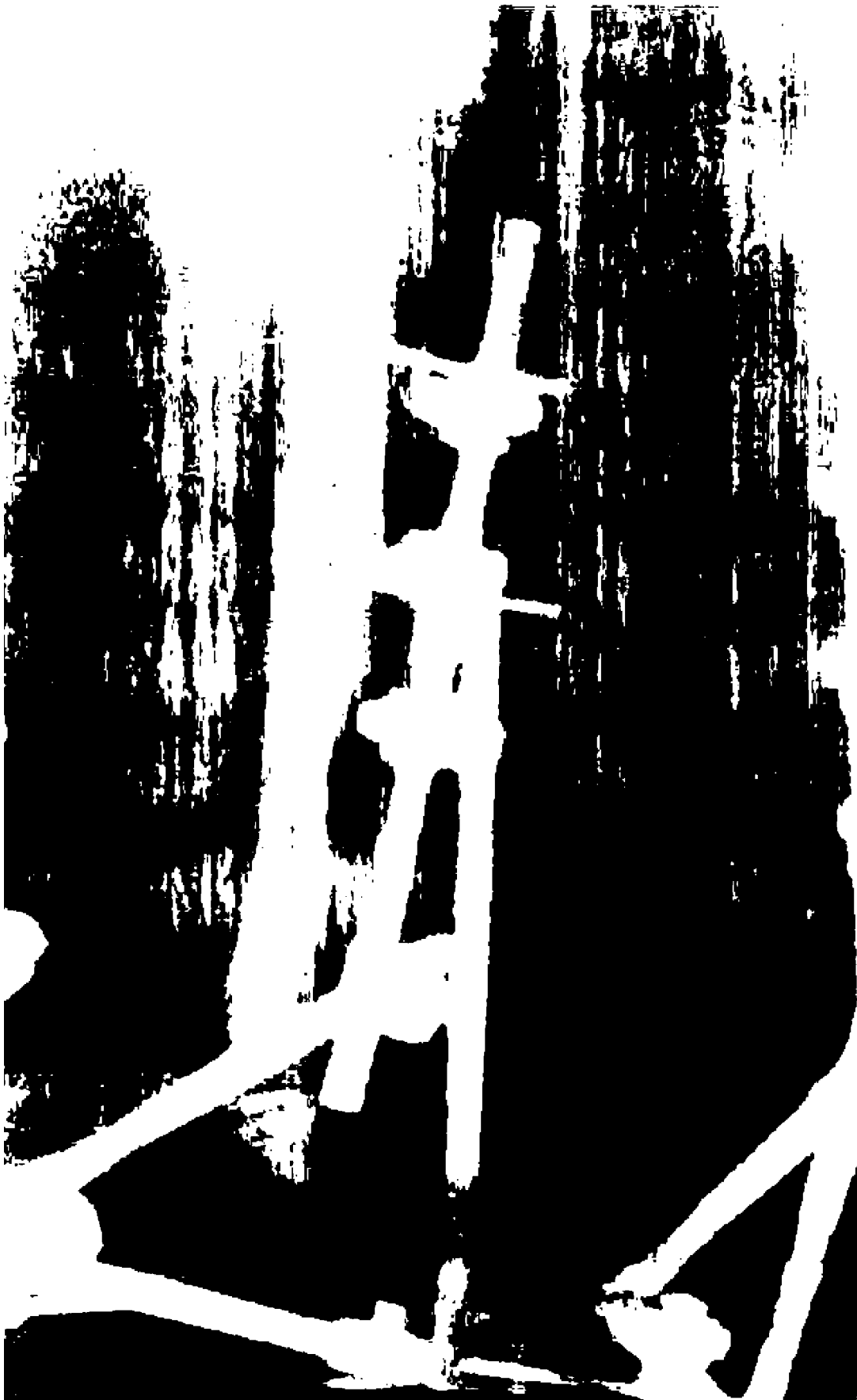




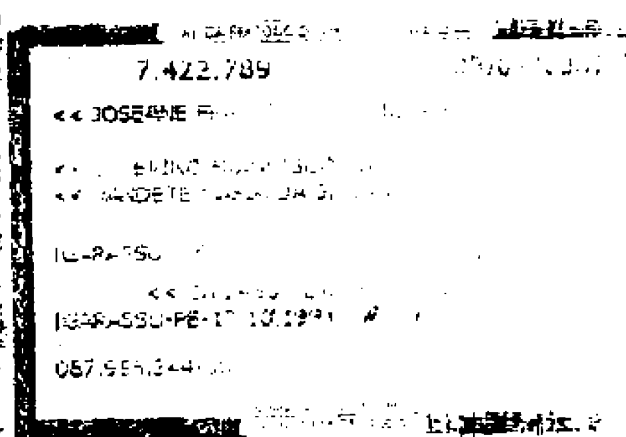
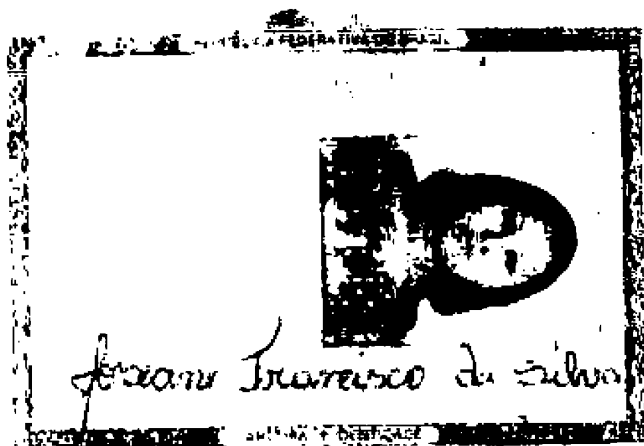




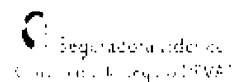








RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116259/20

Vítima: JOSEANE GABRIELLY RODRIGUES CATAN

CPF: 067.956.344-00

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 04/05/2017

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOSEANE GABRIELLY RODRIGUES CATANHO DA SILVA : 067.956.344-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

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

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

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01361-7

CONTA: 000010046405-X

Nr. da Autenticação 2F9BD5112FFF45DD

