



**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**125.550.178-28**

Nome  
**JOSE CARLOS DA SILVA**

Nascimento  
**07/07/1969**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**0B2E.5745.0EBF.EB53**

A autenticidade deste comprovante deverá  
 ser confirmada na Internet, no endereço  
**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela  
 Secretaria da Receita Federal do Brasil  
 às 18:21:07 do dia 13/12/2016 (hora e data de Brasília)  
 dígito verificador: 00

05.802.494/0001-41  
 TRACÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 17 JAN 2019  
 Rua da Aurora, nº 175, 51.902-612  
 Boa Vista - CEP 50.060-010  
 RECIFE - PE



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 14:51:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032814514950800000042454734>  
 Número do documento: 19032814514950800000042454734

Num. 43093030 - Pág. 1

DE VOLUGA ELETTRONICA - CEDO

CAIXA POSTAL 2530 - CEP 11025-971 - SÃO PAULO - SP



CATTAN  
MAIS FASHION, MAIS VDCE



## Table 1: Summary of the experimental results

中行设计

JOSE CARLOS DA SILVA  
RUA SOLMAR 517  
JANGA  
53435-340 PAU IISTA PR



Postagess. 01/02/2018

Out of 12000 companies, 10000 companies have been identified as potential customers. Out of these 10000 companies, 1000 companies have been identified as potential customers. Out of these 1000 companies, 100 companies have been identified as potential customers. Out of these 100 companies, 10 companies have been identified as potential customers. Out of these 10 companies, 1 company has been identified as potential customer.

COMECAR A MAGAZINE

www.kci.go.kr

5

## USE O SEU CARTÃO E APROVEITE SUAS VANTAGENS

ESTILO  
QUE CABE  
NO SEU  
BOLSO.

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL 1  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
BRAZIL-PE

Central de Relacionamento: 4003 3900 (Capitais e Regiões metropolitanas), 0800 129 3900 (Demais Localidades, somente de telefone fixo), de segunda a sábado, das 8h às 22h; domingos e feriados, das 9h às 20h.



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 14:51:49

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1903281451495080000000042454734>

Número do documento: 19032814514950800000042454734

Núm. 43093030 - Pág. 2

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** *Josei Carlos da Silva, brasileiro, solteiro, autô  
nomo, RG: 6.793.131 SDS/PE e CPF: 199.550.178-28,  
Residente na Rua Solomon, 317, Janga, Paulista/PE.  
CEP: 53438-340.*

**OUTORGADO:** PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro,  
solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº  
802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista,  
CEP 50070-075, Recife/PE.

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

Recife, 110319

*JOSE' CARLOS DA SILVA*  
Outorgante



## DECLARAÇÃO

**D E C L A R O**, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 11 de março de 2019.

JOSE CARLOS DA SILVA





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 32ª CIRCUNSCRIÇÃO  
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 032ª CIRCUNSCRIÇÃO - ENGENHO MARANGUAPE - DP32ªCIRC  
DIM/8ªDESEC

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0122000027

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/01/2019** às **18:01**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **28/9/2018** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ABILIO MUNIZ, 01** - Bairro: **CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO /BRASIL** - Ponto de Referência: **CONJ. BEIRA MAR**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE/PE

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
JOSE CARLOS DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CARLOS DA SILVA  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO

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

**JOSE CARLOS DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA SANTANA DA SILVA** Pai: **FRANCISCO ALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **7/7/1969** Naturalidade: **TAUÁ / CEARÁ / BRASIL** Documentos: **6723131/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**  
Telefones Celulares:  
- **985425655**

Endereço Residencial: **RUA SOLMAR, 517 - CEP: 55000-000 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CONDUTOR DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

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

Descrição: **VEÍCULO MODELO E MARCA NÃO INFORMADA.**



**BICICLETA (BICICLETA)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**  
-Ano/Modelo/Marca/Modelo: **OUTRA/MONARK/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE, NO LOCAL E DATA ACIMA CITADO, QUANDO A VITIMA ESTAVA SE DESLOCANDO, COM SUA BICICLETA, QUE O MESMO UTILISA PARA FAZER ENTREGAS DE AGUA MINERAL, QUANDO UM VEICULO NAO IDENTIFICADO E EM ALTA VELOCIDADE O ATROPELLOU, A VITIMA QUE FICOU POSTADA AO SOLO. ELE FICOU ENCONCIENTE POR ESTE MOTIVO NAO TEVE COMO IDENTIFICAR A O VEICULO E NEN O CONDUTOR. VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU, DECLARAÇÃO N°. 01.01.2019, OCORRENCIA N°.532483, E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES DE ALENCAR. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS.

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

*JOSE CARLOS DA SILVA*  
JOSE CARLOS DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ROBSON FUERSTEMBERG COSTA DUARTE** - Matrícula: **3809510**

05-802.494/0001-41  
TRAGÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, bl. 902 bl. C  
Boa Vista - CEP 50135-010  
RECIFE/PE

04/01/2019 1





A cidade se faz a cada dia



**SECRETARIA DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

DA Nº 01.01.2019.  
EM: 03.01.2019.

Atendendo ao requerimento do Srº JOSE CARLOS DA SILVA, RG Nº 6.723.131 – SDS - PE, CPF Nº 125.550.178-28, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S – 532483 do dia 28 de setembro de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 23hs e 19min, vítima de atropelamento por automóvel, na Rua Abílio Muniz, S/N, Janga – Paulista, nas proximidades do conjunto beira mar, sendo em seguida removido ao Hospital Miguel Arraes.

*Jeane Andréa da Silva*  
Jeane Andréa da Silva

COREN 172162  
Coordenadora de Enfermagem  
SAMU-Paulista MAT. 60850

Jeane Andréa da Silva  
Enfermeira  
COREN-PE 172162

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Av. Antônio Cabral de Souza nº810, Maranguape | CEP 53421-420 – Paulista/PE.



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 14:51:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032814514950800000042454734>  
Número do documento: 19032814514950800000042454734

Num. 43093030 - Pág. 7



## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES	6431569

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente JOSE CARLOS DA SILVA	6 - N° Prontuário 118853			
7 - Censo Nacional do SUS 700609425536367	8 - Data de Nascimento 07/07/1969	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - RaçaCor 03 - Parda	10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe MARIA SANTANA DA SILVA	12 - Telefone de Contato 8198813641			
13 - Nome Responsável MARIA	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) RUA SOLMAR, 517 - JANGA	17 - IEGE 261070	18 - UF PE	19 - CEP 53435340	
16 - Município PAULISTA	LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			

05.802-494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
17 JAN 2019

21 - Condições que justificam a Internação  
FRATURA DO TORNOCÉLÉ COM DESVIO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
RX-FRATURA DESVIADA DE MALEOLOS LATERAL E MEDIAL

23 - Diagnóstico Inicial / Código  
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

24 - CID 10 Principal  
8823

5826

V093

5825

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

28 - Código do Procedimento

0408050497

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOCÉLÉ

29 - Especialidade

30 - Caráter de Atendimento

31 - Documento

32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

204321973450007

CIPURGICA

6

(X) CNS ( ) CPF

ma do Profissional Solicitante/Assistente

IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA

34 - Data da Solicitação

28/09/2018

35 - Residência e Cetimbo (Nº do Registro no Conselho)

14501

Residência e Cetimbo CRM

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito

37 - ( ) Acid. Trabalho Típico

38 - ( ) Acid. Trabalho Triângulo

40 - N° Bilhete

41 - Série

45 - Vínculo com a Previdência

39 - CNPJ / Seguradora

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

### AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

E260000001

AIH

261810164557

48 - Documento

49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

( ) CNS ( ) CPF

50 - Data de Autorização

51 - Assinatura e Cetimbo (Nº Registro do Conselho)

Fábio Ferreira de Abreu  
CET 26863

Código do Laudo: 446534



# FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 446662

Usuário: JULIANAPP

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP.: 53.400 - 000

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSE CARLOS DA SILVA  
 Idade: 49a 2m 23d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 118853  
 Profissão: R.G.: 6723131 C.P.F.: 12555017828 Data de Nascimento: 07/07/1969  
 Endereço: RUA SOLMAR , 517 - JANGA CEP: 53435340 - PAULISTA - PE  
 Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 29/09/2018 00:26  
 Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL  
 Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-02  
 Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: 19/10/88 R.G.: C.P.F.:  
 Endereço: Rua Solmar, 517 Número:  
 Cidade: Estado civil:

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 05/10/18 Hora da Alta: \_\_\_\_\_

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: Boas condições, clínica

Diagnóstico Principal.....: Erótico bimóbilis a 0.

Diagnóstico Secundário01.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário02.: \_\_\_\_\_

Procedimento.....: RAI com 41 plan e perfus

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
17 JAN 2019  
Hua da Aurora, nº 275, Sl. 902 BL C  
B03 Vila CEP: 50.060-010

Dr. Ivan Bittar Filho  
CRM: 10000  
CNPJ: 27.655.58

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 03 de 10 de 18

X JOSE GARLOS 87  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/09/2018 00:22



Nome Paciente: JOSE CARLOS DA SILVA  
Cód. Paciente: 118853  
Data de Nascimento: 07/07/1969  
Sexo: Masculino  
Idade: 49  
Senha: 0001  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 446534   
SAME: 105853

Período: 28/09/2018 00:44 - 28/09/2018 00:49

AMANDA ROBERTA DE MELO COSTA - COREN: 342188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor:

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM VIA PUBLICA, COLISÃO CARRO/BICICLETA HÁ 2 HORAS, EVOLUINDO COM TRAUMA EM MID COM DOR, EDEMA E DEFORMIDADE EM MEMBRO. RELATA DESMAIO. ENCONTRA-SE ALCOOLIZADO.

Observação: CONDUZIDO PELO SAMU SEM SENHA.  
NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

Sintoma: TRAUMA  
Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE  
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- SACR - REGUA DE DOR: 4  
- FREQUENCIA CARDIACA: 101.00 BPM  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM  
- GLICOSE: 120.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 98.00 %

REVISADO

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
17 JAN 2019  
Rua da Aurora, nº 175, fl 902 BLC  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele  
Sim  Não   
Local .....  
MED .....  
Enfermeiro  
*AMANDA ROBERTA DE MELO COSTA*  
COREN: 342188-PE

Acolhido(a) por: AMANDA ROBERTA DE MELO COSTA - COREN: 342188 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/09/2018 00:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 14:51:49

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032814514950800000042454734>

Número do documento: 19032814514950800000042454734

Num. 43093030 - Pág. 10

Atendimento: 446534

Senha da Classificação:

0001

Data e Hora: 28/09/2018 00:25

Paciente: 118853 JOSE CARLOS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 07/07/1969 Idade: 49 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA SANTANA DA SILVA

Nome do Pai: FRANCISCO ALVES DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12345

Endereço: RUA SOLMAR

517

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA PE

Usuário Atendimento: MAYARA M

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

01:30  
Hora:

Queixa Principal

Presença V/foras de rotina de vida. 3 horas com febre em TMB (1). Necessário consumo de alcool. Pela manhã não comumente. Presente anelito estreito

Exame Físico

A- Vias respiratórias normais  
B- Mucosidades edemateosamente  
C- Sintomas de crise

D- Olhos bons 15

E- Presença de cípimada em TMB (1) + asco nasal.

Hipótese Diagnóstico

(1) FEBRIL TMB (1) (Febre alta)

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

12/09/2019  
Rua da Aurora, 1125, 51.901-010  
Belo Horizonte - MG  
RECIFE 05

Prescrição Médica

(1) Diphosan 20+10g, SV, duas 03/10  
(2) Ivermectina 100ug + 500mg, 250mg, SV, duas 03/10

Daniel Coelho  
Oficcial / Representante  
CRMPE 24.031

03/10 - Rua da Aurora, 1125, 51.901-010

Belo Horizonte - MG

Assinatura e Carimbo/Médico

03/10 - Rua da Aurora, 1125, 51.901-010  
Belo Horizonte - MG

Destino:  Encaminhado ao Ambulatório  Residência

03/10 - Rua da Aurora, 1125, 51.901-010  
Belo Horizonte - MG

Transferido: Para

03/10 - Rua da Aurora, 1125, 51.901-010  
Belo Horizonte - MG

Encaminhado ao setor de internação

Daniel Coelho  
Oficcial / Representante  
CRMPE 24.031





Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA REG: 118873

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
28/9/2018	<b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>
	<b># ADMISSÃO</b>
18:59	<b>PACIENTE COM DOR E EDEMA DO TORNOZELO DIREITO AP ATROPELAMENTO HÁ CERCA DE 24 HORAS.</b>
	<b>AO EXAME: EGR, EUPNEICO LOT</b>
	<b>MID: DOR + EDEMA</b>
	<b>NVC: PRESERVADO</b>
	<b>HD: FX BIMALEOLAR</b>
	<b>CD: INTERNO + PREOP</b>
	<i>Dr. Icaro M. de S. Pereira MPB/IMIP</i>
	<i>DATA: 28/9/2018 Paciente: Engenharia biom. (M) em leito Maior dor no tornozelo Pés curtos Esgotamento lot Pé direito CD: Agende prontidão 05.802.4947/0001-41 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA</i>
30/09/18	<b># SOT #</b>
9:45	<i>17 JAN 2019 Rua da Aurora, nº 175, 51.902-010 Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE - PE</i>
	<i>Local: 207E, emp. 01 CD: Ag - curto</i>

*Dr. Icaro M. de S. Pereira  
Médico  
CREMEEPE 26560*



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

**PACIENTE: JOSE CARLOS DA SILVA**

**REGISTRO: 18873**

O presente Termo tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Miguel Arraes.

Fica aqui registrado que foi esclarecido detalhadamente para o paciente e/ou responsável o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o procedimento cirúrgico proposto.

Procedimento proposto: Fratura Patelar de trânsito Direito

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alteração(s) e diagnóstico(s) de mau (ou de meu familiar) estado de saúde, com indicação de realização do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) descrito(s) acima.

2. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas.

3. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais como sangramentos, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios, e morte, além de complicações específicas relacionadas a cada procedimento sendo, neste caso, PSEUDOARTROSE, CONSOLIDAÇÃO VICKOSA, LESÃO NEUROLÓGICA E/OU VASCULAR, RIGIDEZ ARTICULAR, DEFORMIDADES NOS MEMBROS, ARTROSE PÓS-TRAUMÁTICA, OSTEONECROSE AVASCULAR, OSTROMIELITE, EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE, AMPUTAÇÃO DE MEMBROS, SÍNDROME Pós-IMPLANTAÇÃO DE CIMENTO ORTOPÉDICO E DÉFICIT MOTOR.

4. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.

5. Autorizo a equipe de profissionais do Hospital Miguel Arraes a intervir no procedimento.

6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações não previstas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

7. Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Paulista, 28 de setembro de 2018

JOSÉ CARLOS DA SILVA

Assinatura do paciente / responsável

Nome:

R.G.:

R.G.:

Assinatura da testemunha 1  
Nome:

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Assinatura e carimbo do médico

17 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Assinatura da testemunha 2

Nome:

Estrada da Fazendinha S/N Jaguaribe Paulista - PE CEP: 53.413-000  
PABX: 31819600 Fax: 31819617

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 52263  
Paciente: 118833  
Convênio Atend.: 1  
Leito: 555  
Dt. Inic.: 07/10/2018 17:41  
Dt. Fim.: 07/10/2018 19:37

Sala: 0002 SALA 02

Atendimento: 446682

JOSE CARLOS DA SILVA

Carteira:

SUS - INTERNACAO

Idade: 49 Anos 19 Horas

VERD2-02

19 Horas

Cid Pré-Operatório:

Cid Pós-Operatório:

### Procedimentos

Procedimento: 0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA DO TORNOZELO (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

### Equipe Médica

CIRURGIA 13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA TRIMALEOLAR DO TORNOZELO DIR.  
CIRURGIA: RAFI COM PARAFUSO DE TRAÇÃO + PLACA DE NEUTRALIZAÇÃO EM MALEOLO LATERAL E RAFI COM PARAFUSOS ESPONJOSOS EM MALEOLO MEDIAL  
CIRURGIÃO: DR. LUIZ DE CARVALHO  
AUXILIAR: DR. RENATO HOLANDA  
AUXILIAR: DR. IAN EUSTORFF  
ANESTESISTA: DR. GENÉSIO  
ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DCH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS;
4. INCISÃO DE PELE: POSTEROLATERAL DE 7 CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO;
5. DISSECCÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
6. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DO MALEOLO LATERAL E FIXAÇÃO COM PARAFUSO INTERFRAGMENTÁRIO 3,5MM X 35MM (PLACA 1/3 DE CANO), 3,5MM, 07 FUROS COM 03 PARAFUSOS CORTICais PROXIMais E 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS CORTICais DISTAL
7. INCISÃO PELA VIA MEDIAL EM "J" INVERTIDO + DISSECCÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
8. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DO MALEOLO MEDIAL + APOSIÇÃO DE 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS PERPENDICULARES AO FOCO DE FRATURA
9. OBSERVADO BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
10. LIMPEZA COM SF 0,9%;
11. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL 2-0 E NYLON 3-0;
12. CIRURGICO ESTÉRIL.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar:

Marco Oliveira Ferreira  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PE 24589

DR(A): LUIZ ANTONIO DE CARVALHO  
CRM: 13925

19/10/18  
05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

UFSC/PE

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALEMAR





## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA REG: 118873

IDADE: 65 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 28/9/2018 DATA DA ALTA 1/10/2018

DIAGNÓSTICO: Fractura bimalar da Perna

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: RAFI co - placa e parafuso

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA Analgesia + Anticoagulante
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE 15 dias
- PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM ( ) NÃO ( ) NÃO SE APlica ( )

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM ( ) NÃO ( )  
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 15 dias

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

17) ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 B  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE

*Alcino  
ambulatório  
15 dias*



Atendimento: 446661

Dt Atendimento: 29/09/2018 - 00:28

Dt Alta: 08/10/2018 - 10:40

Paciente: 118851 JOSE CARLOS DA SILVA

Serviço: 16 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 553 VERD2-02 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ELISAMASP

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ELISAMA DA SILVA PEREIRA

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
17 JAN 2019  
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar  
Bela Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR





ESTADIAL  
MIGUEL ARRAES



#### Evolução clínica

Name: jeri carlo Registro: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaría: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	67/10/18
25/10/18	PO 3 mês, RAPI grav. tomografia Danos: <del>do</del> quebras de dor local FO's negas, tel hipotensiva RX el plato lat e parafuso - idem CO: alterado por trauma tóxico Retorno 117 - m 117x ferido com escoria Lipogranuloma 14 dia, tratamento dia de operação, VDS, PCR
	Matheus Mendes da Mello - Traumatologista 114 12435 - Mat. 243587-0
	05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 17 JAN 2019 Rua da Aurora, Nº 175, 2º andar BLC Boa Vista - CEP 51.060-010 RS/BR/BR





Nome: JOSE CARLOS DA SILVA - ID: 118853 - Data: 22/11/2015 08:08:16  
Nasc: 07/07/1969 - Sess: M

RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIGITAL - HOSPITAL MIGUEL ARRAES

DE SEGURANÇA

Serviço de Imagem:  
Raio X  
Tomografia  
Endoscopia  
Ultrasomografia  
Ecocardiograma

17 JAN 2019 Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -  
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Rosa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



hma.imip.org.br



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 14:51:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032814514962000000042454760>  
Número do documento: 19032814514962000000042454760

Num. 43093056 - Pág. 3

# SINISTRO 3190040668 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE CARLOS DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

**CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME**

**BENEFICIÁRIO** JOSE CARLOS DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 12555017828

**Posição em 18-03-2019 13:35:56**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
28/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

