



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
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 12V 2019

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



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

Contrate o envio da sua fatura por e-mail ligando na Central de Relacionamento. Você se organiza melhor e ainda preserva a Natureza.



PARA USO DOS CORREIOS		<input type="checkbox"/> 01 - ENDU-SE <input type="checkbox"/> 02 - ENVIAR SEM INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 03 - NÃO EXISTE NÍ INDICADO <input type="checkbox"/> 04 - TALECÃO <input type="checkbox"/> 05 - DESCOMBIDO <input type="checkbox"/> 06 - RECLAMADO <input type="checkbox"/> 07 - AUSENTE <input type="checkbox"/> 08 - NÃO RECLAMADO <input type="checkbox"/> 09 - OBJETO DANIFICADO <input type="checkbox"/> 10 - SEM RECOMBIDO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 11 - SEM RECOMBIDO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 12 - MALA COMBIDO NA LOCALIDADE <input type="checkbox"/> 13 - CARTA POSTAL CANCADA NA		MATRÍCULA RUBRICA DO RESPONSÁVEL REENTREGADO AO SERVIÇO POSTAL EM
-----------------------	--	---	--	---

CATTAN

MAIS FASHION. MAIS VICE.



OTC RECIFE-PE-PL2

JOSE CARLOS DA SILVA
RUA SOLMAR 517
JANGA
53435-340 PAULISTA PE



72191231726580000001225900011010

Postagem: 01/10/2018
ID: 012258

10. O presente contrato é celebrado entre as partes em plena liberdade de vontade e sem qualquer coação, fraude ou dolo, e com a plena consciência de seus direitos e obrigações. As partes declaram que não há qualquer vínculo de dependência econômica ou de subordinação entre elas, e que o presente contrato não constitui vínculo de emprego ou de prestação de serviços subordinados.

ATE 40 DIAS PARA
COMEÇAR A PAGAR*



24100 08000 03111

8X



USE O SEU CARTÃO
E APROVEITE SUAS
VANTAGENS

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 907 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

**ESTILO
QUE CABE
NO SEU
BOLSO.**

Central de Relacionamento: 4003 3900 (Capitais e Regiões metropolitanas), 0800 729 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:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032814514950800000042454734>

Número do documento: 19032814514950800000042454734

Num. 43093030 - Pág. 2

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Carlos da Silva, brasileiro, solteiro, autô-
nomo, RG: 6.793.131 SDS/PE e CPF: 125.550.178-28,
residente na Rua Solman, 517, 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, 11.03.19

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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 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 PUBLICA**

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
VEICULO: (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: **TAUA / CEARA / BRASIL** Documentos: **6723131/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. 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)

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

Descrição: **VEICULO MODELO E MARCA NAO INFORMADA.**

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



BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CARLOS DA SILVA**
 Categoria/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 ATRAPELOU. 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 nesta unidade policial

JOSE CARLOS DA SILVA

JOSE CARLOS DA SILVA
 (VITIMA)

R.O. registrado por: **ROBSON FUERSTEMBERG COSTA DUARTE** - Matrícula: **3209510**

[Assinatura]

[Assinatura]

[Assinatura]

05.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 17 JAN 2019
 Rua da Aurora, nº 175, sl 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP 50.385-010
 RECIFE-PE

04/01/2019 1



**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 I CEP 53421-420 – Paulista/PE.





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 - Nº Prontuário	118853
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
700609425536367	07/07/1969	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	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, Nº, Bairro)	RUA SOLMAR, 517 - JANGA				
16 - Município	17 - IEGE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	261070	PE	53435340		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	TE COM DOR E EDEMA DO TORNOZELO DIREITO APÓS ATRÓPELAMENTO HOJE		
21 - Condições que justificam a internação	FRATURA DO TORNOZELO COM DESVIO		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	RX-FRATURA DESVIADA DE MALEÓLOS LATERAL E MEDIAL		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA	S82.6	V09.3	S82.5

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEAR / TRIMALEAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO	0408050497		
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	5	(X) CNS () CPF	204322973450007
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	28/03/2018	14530	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº de Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Fagner Ferreira de Albuquerque CRM 26863	

Código do Laudo: 446534



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **446662**

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOSE CARLOS DA SILVA** Prontuário: 118853
Idade: 49a 2m 23d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 07/07/1969
Profissão: Escolaridade: CEP 53435340 - PAULISTA - PE
R.G.: 6723131 C.P.F.: 12555017828 Telefone: 517 - JANGA
Endereço: RUA SOLMAR
Dados da Internação
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: 19/10/18 R.G.: C.P.F.:
- Endereço: - Número: Estado civil:
- Telefone: - Cidade:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 03/10/18 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: *Bom estado, sem dor*

Diagnóstico Principal..... *Fratura humeral direita*

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

...cedimento..... *RAFI com placa e parafusos*

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Bom Jardim - CEP: 53.060-010

Dr. Jan Gustavo Figueira
Médico
CRM: 28550

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, anestésias, 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 CARLOS DA SILVA
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO 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: URGÊNCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM VIA PUBLICA, COLISÃO CARRO/BICICLETA HÁ 3 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.

Exatidão sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Usados: - 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 OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO

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

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim ☒ Não ☐

Local

MID

Enfermeiro

Amara Roberto 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

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



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

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

Número do documento: 19032814514950800000042454734

Num. 43093030 - Pág. 10



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

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: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 01:20

Queixa Principal

Paciente vítima de traumatismo na 3 horas com
dor em TMB (1). Apresenta contusão de escudo. Não houve
lesões concomitantes. Apresenta pulso e sensibilidade

Exame Físico

A - VMS normais

B - respiração espontaneamente

C - Sinais de choque

D - Glasgow 15

E - presença de supinação e
TMB (1) e escudo intacto

Hipótese Diagnóstica

(1) Fx TMB (1) (Fechado)

Prescrição Médica

(1) Diphosono 20 + B12, SV, 1 hora

(2) Tramadol 100mg + Scl. 0.1, 25.0, SV, 1 hora

CD - 1 Soro fisiológico

(1) Mimetização C.G.

Daniel Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 24.031

Assinatura e Carimbo/Médico

03:10 - Amacção e fixação
de placa tibia (1)

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

Daniel Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 24.031

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEQUELAS LTDA

05/12/2019
Rua da Aurora, nº 125, SL 902 BLC
Bos Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA REG: 118873

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
28/9/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
18:59	PACIENTE COM DOR E EDEMA DO TORNOZELO DIREITO APÓS ATROPELAMENTO HÁ CERCA DE 24 HORAS.
	AO EXAME: EGR, EUPNEICO LOT
	MID: DOR + EDEMA
	NVC: PRESERVADO
	HD: FX BIMALEOLAR
	CD: INTERNO + PREOP
	<i>Dr. Ivan</i>
	<i>Sot# HD: Fx Bimaleolar</i>
	<i>Paciente evoluindo bem, curado no leito</i>
	<i>sem dor, eufórico, em bom estado</i>
	<i>sem dor</i>
	<i>eufórico, eufórico lot</i>
	<i>3 PE hidrogel</i>
	<i>CD: Aguardando procedimento</i>
	05.802.49470001-41
	TRACAO CORRETORA
	DE SEGUROS LTDA
	17 JAN 2019
30/09/18	# SOT #
9h	HD: A
	3 PE estal
	11h 30, 20h, e 21h
	CD: Aguardando procedimento

Dr. Icaro Máximo de S. Pereira
Médico
CREMEPE 26560





PERNAMBUCO
ESTADO DO ESTADO



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

PACIENTE: JOSÉ CARLOS DA SILVA

REGISTRO: 118873

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 Bilateral de Fêmur e Tibia Direita

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alteração(ões) 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 sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios, e morte, além de complicações específicas relacionadas a cada procedimento sendo, neste caso, PSEUDOARTROSE, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, LESÃO NEUROLÓGICA E/OU VASCULAR, RIGIDEZ ARTICULAR, DEFORMIDADES NOS MEMBROS, ARTROSE PÓS-TRAUMÁTICA, OSTEONECROSE AVASCULAR, OSTIOMIELITE, EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE, AMPUTAÇÃO DE MEMBROS, SÍNDROME DA 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 imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo 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:

Assinatura e carimbo do médico

Assinatura da testemunha 2

Nome:

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

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



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 52263 Sala: 0002 SALA 02
Paciente: 118833 JOSE CARLOS DA SILVA Atendimento: 448682
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNACAO Carteira:
Leito: 555 VERD2-02 Idade: 48 Anos 19 Horas
Dt. Início: 07/10/2018 17:41 Dt. Fim: 07/10/2018 19:37
Cid Pré-Operatório:
Cid Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 040E050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA DO TORNOZELO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 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 DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DE PELE POSTEROLATERAL DE 7 CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO;
5. DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
6. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DO MALEOLO LATERAL E FIXAÇÃO COM PARAFUSO INTERFRAGMENTÁRIO 3,5MM + PLACA 1/3 DE CANO, 3,5MM, 07 FUSOS COM 03 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAIS E 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS DISTAIS;
7. INCISÃO PELA VIA MEDIAL EM "J" INVERTIDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
8. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DO MALEOLO MEDIAL + APOSIÇÃO DE 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS PERPENDICULARES AO FOCO DE FRATURA
9. OBSERVADO 30A REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
10. LIMPEZA COM SF 0,9%
11. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL 2-0 E NYLON 3-0;
12. CURATIVO ESTÉRIL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

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
RECIFE-PE

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Manoel Oliveira Ferraz
Oftalmologista
CRM-PE 24085

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





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE CARLOS DA SILVA REG: 118873

IDADE: 40 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 28/9/2018 DATA DA ALTA 1/1

DIAGNÓSTICO: Fratura cominada do ulna

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: RAE - placa e parafusos

ORIENTAÇÃO:

→ TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO

→ USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

→ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE

→ PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO (X) NÃO SE APLICA ()

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 1/1

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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

Alcino
ambulatorio
15/10/18



Atendimento: 446662

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

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

Paciente: 116850 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
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

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR








Nome: JOSE CARLOS DA SILVA ID: 116853 Data: 22/11/2015 08:08:18
 Nasco: 07/07/1969 Sexo: M

RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIGITAL HOSPITAL MIGUEL ARRAES

Serviço de Imagem:
 Raios X
 Tomografia
 Endoscopia
 Ultrassonografia
 Ecocardiograma

17 JAN 2019 Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
 PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617

 hma.imip.org.br



SINISTRO 3190040668 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE CARLOS DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRACÇÃO
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.

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

