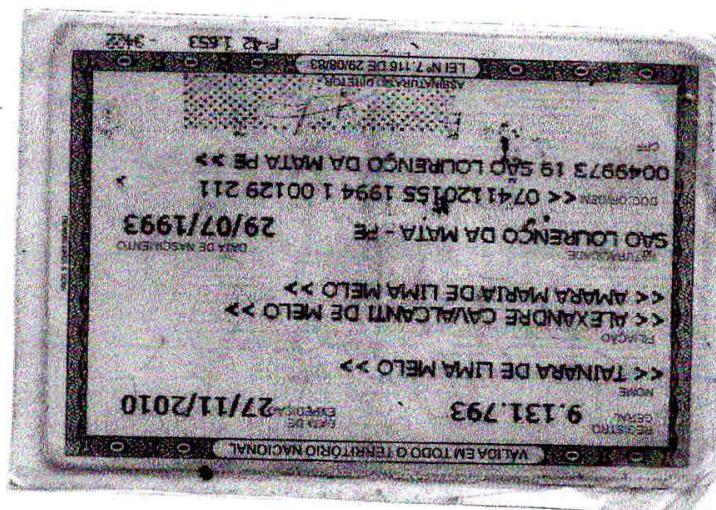




19 FEV 2019
ARUANA SFGIRADORA



Assinado eletronicamente por: ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO - 23/04/2019 13:19:56
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042313195604100000043475196>
Número do documento: 19042313195604100000043475196

Num. 44135062 - Pág. 1

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)

Nº do CPF: 112.859.494-39

Nome: TAINARA DE LIMA MELO

Data de Nascimento: 29/07/1993

**Comprovante emitido às 15:21:41 do dia
16/08/2011 (hora e data de Brasília).**

**Código de Controle do Comprovante:
SD07.59F5.A04F.DBE3**

Dígito Verificador: 00

**A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço:
<http://www.receita.fazenda.gov.br>**

**(Modelo aprovado pela IN RFB Nº 1.042,
de 10 de junho de 2010)**

Emitido por: Banco do Brasil S.A.

**ARUANA SEGUROADORA
19 FEV 2019**



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE/CONTRATANTE: TAINARA DE LIMA MELO, brasileiro, estado civil: SOLTEIRA, profissão: AUTONOMO, portador da cédula de identidade sob o RG de n.º 9138 - 793, inscrito no CPF/MF sob o n.º 112 859494 - 39, residente e domiciliado RUA NOVA ESPERANÇA, n.º 43, bairro: CENTRO, na Cidade de SAO LOURENÇO DA NATA, Estado de Pernambuco.

OUTORGADO/CONTRATADO: ABRAÃO FIRMINO DO NASCIMENTO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 39.668, com endereço profissional na Rua Arquiteto Luiz Nunes, 741, imbiribeira, Recife-PE.

PODERES

O outorgante outorga ao outorgado amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicia et extra*, especialmente visando defender direitos do outorgante, podendo ainda propor ação, requerer justiça gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, negociar e transigir, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber e levantar e quitar alvará judicial, firmar compromisso, produzir provas, enfim, todos os atos necessários que visem à boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocaticias de defesa dos direitos e interesses jurídicos do outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes. Ratifica ainda a procuração anteriormente outorgada e já juntada aos autos.

Tainara de Lima melo
OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS

A OUTORGANTE/CONTRATANTE pagará, a título de honorários advocaticios contratados, ao outorgado/contratado 30% (trinta por cento) do valor bruto em real (R\$) que receberá em decorrência do processo distribuído e patrocinado pelo contratado, seja em caso de condenação, seja em caso de acordo. O outorgante/contratante autoriza ainda que a secretaria do Juízo retenha em favor do outorgado/contratado os 30% (trinta por cento) acordado, quantia esta que poderá ser liberada através de alvará em favor do outorgado. Os honorários aqui contratados independem dos honorários de sucumbências.

Recife, 23 de Abri2 de 19.

Tainara de Lima melo
CONTRATANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, TAÍNARA DE LIMA MELO, brasileiro, SOLTEIRA,
portador da cédula de identidade sob o RG de n.º 9131 - 793, inscrito no
CPF/MF sob o n.º 112.859.494 - 39, residente e domiciliado
AV NOVA ESPERANÇA, n.º 43, no Bairro de
CENTRO, na Cidade de SÃO LOURENÇO DAMATA Estado de
PERNAMBUCO, DECLARO, nos termos da Lei n.º 1.060/50, para
todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção
jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes
à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família,
necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Recife/PE, 23 de Abil de 19.

Tainara de Lima melo
DECLARANTE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **19E0128000361**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/02/2019** às **16:46**

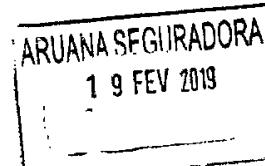
ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **15/11/2018** às **01:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 1, PE 05 - EM FRENTE A GARAGEM DA MOBIBRASIL** - Bairro: **CENTRO - SAO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO /BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EMPRESA MOBIBRASIL (AUTOR \ AGENTE)
DEYVISON (OUTRO)
CARMEM CRISTINA S. SILVA (OUTRO)
TAINARA DE LIMA MELO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): DEYVISON
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

TAINARA DE LIMA MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **AMARA MARIA DE LIMA MELO** Pai: **ALEXANDRE CAVALCANTI DE MELO** Data de Nascimento: **29/7/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 4143, 2ª TRAV. NOVA ESPERANÇA A, PIXETE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENÇO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

DEYVISON (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

EMPRESA MOBIBRASIL - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

CARMEM CRISTINA S. SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO**

04/02/2019 16:42



/ PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CARMEM CRISTINA S. SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DEYVISON**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/SAVEIRO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PES2849** (PERNAMBUCO/SAO LOURENCO DA MATA) Renavam: **548932484**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014**

VEÍCULO 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EMPRESA MOBIBRASIL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **11 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

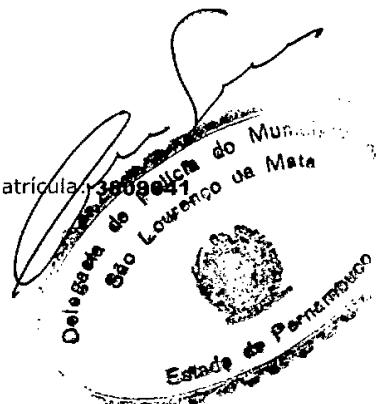
Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ESTAVA DE CARONA NA SAVEIRO DE DEYVISON, NA PE 05 NO SENTIDO CENTRO DESTA, QUANDO CHEGARAM EM FRENTE A EMPRESA MOBIBRASIL, QUANDO DERREPENTE UM ONIBUS BRT DA REFERIDA EMPRESA, DEU MARCHA RÉ, QUE DEYVISON DESCONTROLOU-SE CHEGANDO A BATER NO MEIO DO ÔNIBUS, CAUSANDO FERIMENTOS EM TAINARA NO FÉMUM E QUADRIL, SENDO SOCORRIDA POR OUTRO VEÍCULO À UPA DESTA CIDADE, SENDO TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS E QUE FORA FEITA A CIRURGIA NO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICORDIA, TENDO ALTA MÉDICA NO DIA 01 DE DEZEMBRO DE 2018. NADA MAIS NO MOMENTO, PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS.

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

TAINARA DE LIMA MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GILBERTO GONÇALVES DE SANTANA** - Matrícula: **380841**



ARUANA SEGURADORA
19 FEB 2019

04/02/2019 16:42



L / A 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 15/11/2018 02:27

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente:	TAINARA DE LIMA MELO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	29/07/1993
Sexo:	Feminino
Idade:	25
Senha:	0002
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	SAME

Período: 15/11/2018 02:33 - 15/11/2018 02:36

KECIANNY BATISTA DE FIGUEIREDO - COREN: 8175 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PCTE ALCOOLIZADA, RELATA COLISAO CARRO X ONIBUS, REFERE DOR E ESCORIAÇÕES EM MSD, MIE, NA CABECA

Observação: NEGA SINCOPE E/OU VOMITOS

Fluxograma sintoma: TCE

Discriminador(es):
- CEFALÉIA MODERADA (4-7/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA OU VÔMITO, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERURANTE

Especialidade: CLINICA GERAL

Período: 15/11/2018 02:33 - 15/11/2018 02:36

KECIANNY BATISTA DE FIGUEIREDO - COREN: 8175 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PCTE RELATA COLISAO CARRO X ONIBUS, REFERE DOR E ESCORIAÇÕES EM MSD, MIE, NA CABECA

Observação: NEGA SINCOPE E/OU VOMITOS

Fluxograma sintoma: TCE

Discriminador(es):
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA OU VÔMITO, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERURANTE

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 106.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 112.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 64.00 MMHG

ARUANA SEGUROADORA

19 FEB 2019

Acolhido(a) por: KECIANNY BATISTA DE FIGUEIREDO - COREN: 8175 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/11/2018 02:36

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GERSTÄD
IMIP

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Taimora de Lima Melo Registro:

Registro: _____

Responsável: _____ Contato: _____

Contato: _____



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Thiara de Souza Registro: _____
Enfermaria: 3 - Vermeilho Leito: 02

Hora Admissão: _____	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> DIURNO <input type="checkbox"/> NOTURNO	DATA: <u>15/11/18</u>	
Estado Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE	<input checked="" type="checkbox"/> Dieta Zero
Padrão Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Dispnéico	
Acesso Venoso	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Curativos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: _____
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: _____
Evacuações	<input type="checkbox"/> Presente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Diurese	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> SVD/SVA Aspecto: _____
Observações: _____			

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (r/min)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	—	Ass. Tec. Enfermagem
08hs	112x64	—	—	100%	109	37°C	—	<u>DR</u>

Técnico de Enfermagem: DR

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Registro: _____
Enfermaria: _____ Leito: _____

Hora Admissão: _____	Plantão: <input type="checkbox"/> DIURNO <input checked="" type="checkbox"/> NOTURNO	DATA: <u>19/02/19</u>	
Estado Geral	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssimo
Dieta	<input type="checkbox"/> VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SNE	<input checked="" type="checkbox"/> Dieta Zero
Padrão Respiratório	<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Dispnéico	
Acesso Venoso	<input type="checkbox"/> Periférico	<input type="checkbox"/> Central	Local: _____
Curativos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Evacuações	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Diurese	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> SVD/SVA Aspecto: _____
Observações: _____			

ARUANA SEGUROADORA
19 FEB 2019

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (r/min)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	—	Ass. Tec. Enfermagem
...								

Técnico de Enfermagem: _____



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO.

NOME: Tânia da Silva Telo IDADE: 25 anos

REGISTRO: DATA: 13/11/18

HDA: paciente com síncope de origem cardíaca com r
oídos baixos. Durante o ato e cintura
de 20 a 30 min. no HME - Negativo
deve ser P - cintura.

EX. FÍSICO: CV/pe/abd - Nm

Glasgow = 15

EX. COMPLEMENTARES: px em aero

ABRANA SEGUROADORA
19 FEB 2019

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

- Febre de jura (1)
-
-

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL: Pré-lig. e Emergência

SENHA: 555686 L DESTINO: HCV - Irau - Telo

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM () NÃO (X)

JUSTIFICATIVA:

HORA DA SOLICITAÇÃO: MÉDICO SOLICITANTE: Adriano Carvalho

HORA DA SAÍDA: MÉDICO DA LIBERAÇÃO:

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO:





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a paciente **TAINARA DE LIMA MELO**, prontuário nº **1154039**, admitida neste hospital em **27/11/2018** com diagnóstico de Fratura Subtrocantérica do Fêmur Esquerdo, sendo submetida a tratamento cirúrgico. Recebeu alta com melhora clínica em **01/12/2018**.

Recife, 26 de Dezembro de 2018.

Dr. Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro
Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

ARUANA SEGUROADORA
19 FEB 2019

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1526 - Santo Amaro | Recife - PE | CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HSA							
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE TAINARA DE LIMA MELO 614961 12 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 13 - NOME DA MÃE 11 - NOME DA MÃE 13 - NOME DO RESPONSÁVEL 15 - ENDERECO PRAIA, RJ, BRESÍA 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 17 - COD. CID-9 CIE-10 18 - UF 19 - CEP 20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL 24 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR 25 - COD. DO PROCEDIMENTO MUDANÇA 26 - CID-10 PRINCIPAL 27 - COD. DO PROCEDIMENTO SECONDARIO 28 - CID-10 CUSAS ASSOCIADAS							
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) 17. At. Clín. do Paciente Subtrocantérica do Femur Esquerdo 2. Descrição do procedimento especial Tenoplastia 0403060476							
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE UTI TIPO I DIÁRIA DE UTI TIPO II 070203048301							
32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Haste 14 x 200mm 33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Pino Deslizante N° 100/01 34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Parafuso de Bloqueio nº 35/01 35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 01							
Paciente vítima de acidente automobilístico, com fratura subtrocanterica do Femur Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico. Operado. Alta Hospitalar após melhora.							
DR. CARLOS HENRIQUE PROFISSIONAL SOLICITANTE 42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/11/18							
44 - DOCUMENTO 45 - DOCUMENTO CONCEPÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 46 - ICMS 47 - ISS							
AUTORIZAÇÃO 48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 49 - COD. CRGDO EMISSOR 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - DOCUMENTO 52 - DOCUMENTO CONCEPÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 53 - ASSINATURA E CARIMBO NO DO REGISTRO DO CONSELHO 54 - ICMS 55 - ISS							

Assinado eletronicamente por: ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO - 23/04/2019 13:19:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042313195604100000043475196>
Número do documento: 19042313195604100000043475196

Num. 44135062 - Pág. 14



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz e Souza, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: (81) 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 614961 Prontuário: 1154039 Data de Nascimento: 29/07/93 Idade: 25 ANO(S)

Nome do Paciente: **TAINARA DE LIMA MELO** Sexo: Feminino

Nome da Mãe: AMARA MARIA DE LIMA MELO

RG: 9131793

Data: 29/11/2018

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

S722 - FRATURA SUBTROCANTÉRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Subtrocanterica do Fêmur Esquerdo
CÓDIGO: 0408050616

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura Subtrocanterica do Fêmur Esquerdo + Tenoplastia
CÓDIGO: 0408050616 / 0408060476

COD.	EQUIPE	NOME	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Carlos Henrique	6761
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Edgar Peixoto	3802
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente automobilístico, resultando em Fratura Subtrocanterica do Fêmur Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

ABRAÃO FIRMINO DO NASCIMENTO
19 FEVEREIRO 2019

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 04/12/2018 09:52:30.



Registro: 614961 Prontuário: 1154039 Data de Nascimento: 29/07/93 Idade: 25 ANO(S)
Nome do Paciente: **TAINARA DE LIMA MELO (Laudo para Revisão)** Sexo: Feminino
Nome da Mãe: AMARA MARIA DE LIMA MELO
RG: 9131793

Data: 29/11/2018

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 29/11/2018-13:27

Diagnóstico pré-operatório: Fratura subtrocantérica do fêmur esquerdo

Diagnóstico pós-operatório: O mesmo

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura subtrocantérica do fêmur esquerdo
Tenoplastia dos abdutores do quadril direito

Cirurgião: Carlos Henrique Queiroz

Anestesista: Edagar Peixoto

Anestesia: Raquideana

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em mesa ortopédica
- 2) Realizado a redução incruenta da fratura. Verificada boa redução da fratura através de scopia em AP e Perfil
- 3) Assepsia e antisepsia
- 4) Aposição de campos cirúrgicos
- 5) Incisão em face lateral do quadril. Dissecção por planos e hemostasia. Colocado fio guia e verificado através de scopia em AP e Perfil. Realizado fresagem através do fio guia com tríplice alargador. Colocado haste bloqueada, realizado bloqueio proximal com 01 parafuso deslizante e distal com 01 parafuso cortical de bloqueio. Verificado boa posição dos implantes através de scopia. introduzido parafuso de fechamento da haste bloqueada. Realizado tenoplastia dos abdutores do quadril e sutura da fáscia muscular.
- 6) Realizado limpeza com SFO,9%. Revisão da hemostasia.
- 7) Sutura por planos com Vycril e Nylon.
- 8) Curativo
- 9) Retirado paciente da mesa ortopédica
- 10) Verificada boa perfusão distal

ARUANA SEGURO
19 FEB 2019

Dr. CARLOS HENRIQUE CARVALHO DE QUEIROZ
CRM:6761





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: santa.casa@santacasarerecife.org.br
Site: www.santacasarerecife.org.br

Registro: 614961 Prontuário: 1154039 Data de Nascimento: 29/07/93 Idade: 25 ANO(S)

Nome do Paciente: **TAINARA DE LIMA MELO** Sexo: Feminino

Nome da Mãe: **AMARA MARIA DE LIMA MELO**

RG: 9131793

Data: 29/11/2018

**MOTIVO DA ALTA
MELHORADO**

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

ARUANA SEGURADORA
19 FEV 2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: **HENRIQUE COSTA BARBOSA**. CRM: 10531. Data e Hora: 04/12/2018 09:52:30.



Assinado eletronicamente por: ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO - 23/04/2019 13:19:56
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042313195604100000043475196>
Número do documento: 19042313195604100000043475196

Num. 44135062 - Pág. 17

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife



HOSPITAL SANTO AMARO

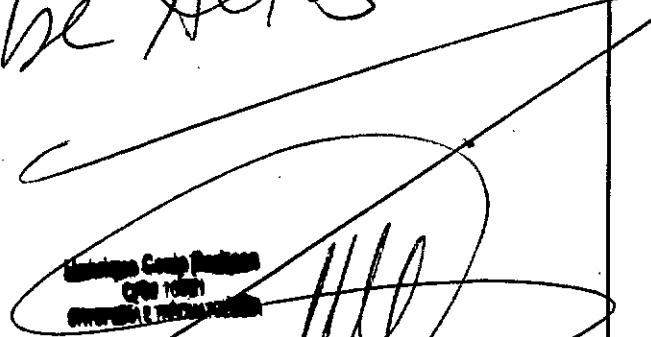
Convênio SUS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Paciente:

11/13/19

5721-6180
Opusculo de 4 meses
RCF+FI H.I.M, P.F.N
Frotiga anolocalde
Nease alta



11/13/19



Cód.:1226

10531



VÍTIMA TAINARA DE LIMA MELO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO TAINARA DE LIMA MELO

CPF/CNPJ: 11285949439

Posição em 05-04-2019 16:04:11

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/03/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

