

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TANQUES RUIB.

EC-2

Paula Fernanda da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.246.636 DATA DE EMISSÃO 20/12/2017

<< PAULA FERNANDA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ ADRIANO DA SILVA >>
<< MARIA AMUNCIADA VITORINO >>

NATURALIDADE IGARASSU - PE DATA DE IMATRICULAÇÃO 29/11/1985

CPF 0071109 17 RECIFE PE >> 008.894.134-09

Paulo de Carvalho
ASSINATURA DO TITULAR

210127040301104001.7843258 F-76 32.538 - 3023

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12-FEV-2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 912 BL. C
Boa Vista - CEP-50.060-010
RECIFE-PE

GOVERNAMENTO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RENALDO BATTA DE PONTES

0306814 827 22

039.999.454-88 **27/07/1979**

RENAL BATTA DE PONTES

RENOME UTILIZADORA DA 2
ILVA PONTES

04342111456 **06/12/2022** **06/01/2000**

PAULISTA, PE **07/12/2019**

PERNAMBUCO

1559803520

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIEL

EC-2

PAULAFERNANDA DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 7.246.636 DATA DE EMISSÃO 20/12/2017

NOME << PAULA FERNANDA DA SILVA >>

PAIS << JOSÉ ADRIANO DA SILVA >>

MATRICULA << MARIA ANUNCIADA VITORINO >>

NACIONALIDADE IGARASSU - PE DATA DE NASCIMENTO 29/11/1985

DOCUMENTO << 075101 01 53 1985 1 00060 103 >>

0071109 17 RECIFE PE >>

DE 088.894.134-09

Paulo de Carvalho

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 17.718 DE 2017

218127040301104001.7947258 F-78 35.636 - 3023

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

[illegible]

DECLARAÇÃO

EU PAULA FERNANDA DA SILVA, MORADORA, NA TV. JOAQUIM NABUI
Nº 4, TIMBO, ABRUE LIMA - PE, PORTADORA DO CPF: 088.894.134-6
E RG. 7.246.636. SOLICITO A SEGURADORA LIDER UM REANALIZE
NO MEU PROCESSO, TENDO EM VISTA NÃO ACEITAR O RESULTADO
DA MINHA PERÍCIA MÉDICA REALIZADO NO ÚLTIMO DIA 21, PELO
"DR. LUIZIANO" NA RUA DO HOSPIÇO 133, RECIFE - PE, QUE NÃO
CONSTATOU EM MIM UM VITÍMA DE ATROPELAMENTO COM FRATU
DO OSSO DA PERNA DIREITA, FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA
PLATO TIBIAL, FRATURA ACETÁBULO ESQUERDO, ONDE FOI COLO
CADO PLACA E PARAFUSOS, SEQUELAS PERMANENTES,

ENCAMINHO ESTA CARTA NA ESPERANÇA QUE O MEU
REANALIZE SEJA FEITO, PRA QUE EU EVITE PROCURAR
O MINISTÉRIO PÚBLICO CONTRA O "PROFISSIONAL" MÉDICO
QUE FEZ MINHA PERÍCIA E NÃO PRECISAR ACIONAR A
JUSTIÇA EM BUSCA DOS MEUS DIREITOS.

SEGUE COM ESTA CARTA UM LAUDO MÉDICO.

ABREV E LIMA 28 DE FEVEREIRO DE 2019

1 Paula Fernanda da Silva

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190180925 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULA FERNANDA DA SILVA **Data do acidente:** 21/06/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DAS PERNAS(P.1)
FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PERNA- PLACA E PARAFUSOS)(P.7)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EVIDENCIAMOS QUE A VÍTIMA FOI SUBMETIDA À PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA EM 21/02/2019, ONDE FOI EXAMINADA E AVALIADA SEM SEQUELAS PERMANENTES CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: PAULA FERNANDA DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: SOLTEIRA

Identidade: 7246.636 CPF: 088.894.134-09

Endereço: TV. JOAQUIM NABUCO Nº 4, TIMBÓ,

ABREU E LIMA - PE

CEP: 53.520-174

Fone: _____

OUTORGADO:

Nome: INALDO BAIXA DE PONTES

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Identidade: 53.085.14 CPF: 039.988.454-88

Endereço: 5º TRAV. JOAQUIM NABUCO, 4 TIMBÓ, ABREU E LIMA, PERNAMBUCO,

CEP: 53.520-174~

Fone: (81) 9 8772-1356 (81) 9 9429-0363

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

PAULA FERNANDA DA SILVA

Paula Fernanda da Silva

Local e data

08 DE FEVEREIRO DE 2019

Paula Fernanda da Silva

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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





Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de PAULA
FERNANDES DA SILVA Abreu e Lima/PE 08/02/2019
11.44.53, em testemunho da verdade Emolumentos:
R\$ 3,09 TSNR R\$ 0,60 Total: 4,79 RC-2-71473

Alfredo Mariano
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

JOÃO VIANEY SOBRINHO - Escrevente

Celo Digital 8150807.CG102201901.01272



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOHA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: PAULA FERNANDA DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: SOLTEIRA

Identidade: 7.246.636 CPF: 088.894.134-09

Endereço: AV JOAQUIM NABUCO Nº 4, TIMBÔ,
ABREU E LIMA - PE

CEP: 53.520-174

Fone: _____

OUTORGADO:

Nome: INALDO BAIXA DE PONTES

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Identidade: 53.085.14 CPF: 039.988.454-88

Endereço: 5ª TRAV. JOAQUIM NABUCO, 4 TIMBÔ, ABREU E LIMA, PERNAMBUCO,
CEP: 53.520-174~

Fone: (81) 9 8772-1356 (81) 9 9429-0363

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

PAULA FERNANDA DA SILVA

Paula Fernanda da Silva

Local e data

08 de FEVEREIRO DE 2019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Paula Fernanda da Silva
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

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



Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de PAULA
FERNANDES DA SILVA Araruama/PE: 08/02/2019
11:44:53 em testemunho da verdade Emolumentos:
R\$ 3,00 TSNR R\$ 0,80 Total: 4,79 RC-2-71473

Alfredo Mariano
NOTAS E PROTESTO

JOÃO VIANEY SOBRINHO - Escrevente
Selo Digital 0150607.CG02201801.01272



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
01.11.2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 FEV 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076157/19

Vítima: PAULA FERNANDA DA SILVA

CPF: 088.894.134-09

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/06/2017

Titular do CPF: PAULA FERNANDA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

INALDO BAIXA DE PONTES : 039.988.454-88

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PAULA FERNANDA DA SILVA : 088.894.134-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/03/2019
Nome: INALDO BAIXA DE PONTES
CPF: 039.988.454-88

INALDO BAIXA DE PONTES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/03/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051269/19

Vítima: PAULA FERNANDA DA SILVA

CPF: 088.894.134-09

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/06/2017

Titular do CPF: PAULA FERNANDA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

INALDO BAIXA DE PONTES : 039.988.454-88

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PAULA FERNANDA DA SILVA : 088.894.134-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: INALDO BAIXA DE PONTES
CPF: 039.988.454-88

INALDO BAIXA DE PONTES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190180925

Vítima: PAULA FERNANDA DA SILVA

Data do Acidente: 21/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULA FERNANDA 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

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190180925

Vítima: PAULA FERNANDA DA SILVA

Data do Acidente: 21/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAULA FERNANDA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

088.894.134-09

Nome completo da vítima

PAULA FERNANDA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo PAULA FERNANDA DA SILVA		CPF titular da conta 088.894.134-09	Profissão DO LAR
Endereço TRV. JOAQUIM MARCO		Número 4	Complemento
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREVE LIMA	Estado PE	CEP 53520-174
E-mail		Telefone (DDD) 9.9429-0363 (R1)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA 0678 (informar dígito se existir)		BANCO AGÊNCIA 0678 (informar dígito se existir)	
CONTA 72.917 (informar dígito se existir)		CONTA CONTA (informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ABREVE LIMA, 11 de FEVEREIRO de 2019

Local e Data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

x Paula Fernanda da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 | #20 | AUTO ATENDIMENTO | 08/02/2019

EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUpanCA
PAG: 001

AG: 0018 CIDADE UNIVERSITARIA OPER: 013 CONTA: 72.917-4
PERIODO: 08022019 ATE: 08022019 CPF: 088.894.134-09
NOME: PAULA FERNANDA DA SILVA VLR.BLO.JUD. : 0,00

DATA MOV NR.DOC HISTORICO TAXA VALOR SALDO

F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG. 0,00
F2 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. HDBS0005
F12 FINALIZAR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

088.894.134-09

Nome completo da vítima

PAULA FERNANDA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
PAULA FERNANDA DA SILVA	088.894.134-09	DO LAR
Endereço	Número	Complemento
TRV. JOAQUIM MARCO	4	
Bairro	Cidade	Estado
Timbó	ABREU LIMA	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
	53520-174	99429-0363 (81)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (247) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
NÚMERO	NÚMERO	NÚMERO	NÚMERO
0678	72917		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ABREU LIMA, II de FEVEREIRO de 2019

Local e Data

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 | #20 | AUTO ATENDIMENTO | 05/02/2019

EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPEANCA
PAG: 001

AG: 0678 - CIDADE UNIVERSITARIA OPEN: 013 CONTA: 72.917-3
PERIODO: 08022019 ATE: 08022019 CPF: 088.894.134-09
NOME: PAULA FERNANDA DA SILVA VLR.BLO.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------

F1 AJUDA	SALDO EM 07/02/2019		RS	0,00
F1 SETORIAS	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR	PAG.	89850005
	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANÇAR	PAG.	F13 FINALIZAR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

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

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

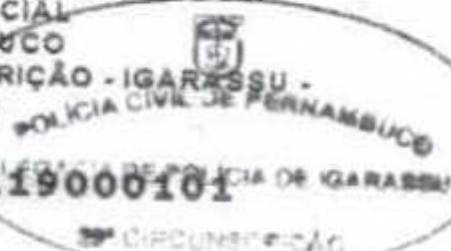
2 de 1



09/01/2018 10:26

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 029ª CIRCUNSCRIÇÃO - IGARASSU -
DP29ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0119000101



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/01/2018 às 10:26

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 21/6/2017 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR-101, KM 41, FÁBRICA ORODUNORTE - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE IGARASSU, 1, AV. AGAMENON MAGALHÃES - Bairro: CENTRO - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
PAULA FERNANDA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

PAULA FERNANDA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA ANUNCIADA VITORINO** Pai: **JOSÉ ADRIANO DA SILVA** Data de Nascimento: 20/11/1986
Naturalidade: **IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 7246636/SSS/PE (RG), 03223413460 (CPF) Estado Civil: **ANUZIADO(A)** Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares: - 988489416

Endereço Residência: **RUA AZULAO, 28 - CEP: 8 - Bairro: AGAMENON MAGALHÃES - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: 1 (UNIDADE)

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

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

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE QUANDO ESTAVA ATREVESSANDO A REFERIDA RODOVIA, NAS PROXIMIDADES DA FÁBRICA ONDUNORTE, FOI ATROPELADA POR UM AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO QUE SE EVADIU DO LOCAL, SEM PRESTAR SOCORRO. INFORMA AINDA QUE FRATUROU AS DUAS PERNAS E FOI SOCORRIDA PELO RESGATE DO CORPO DE BOMBEIROS, COMO CONSTA NA CERTIDÃO N° 2017APH001023 DIV.OP., AO HOSPITAL MIGUEL ARRAES, (PRONTUÁRIO N° 1048444) POR VOLTA DAS 14:50 HORAS, ONDE RECEBEU CUIDADOS MÉDICOS E TEVE ALTA NO DIA 19/07/2017. NADA MAIS A REGISTRAR, ENCERRO O PRESENTE.

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

Paula Fernanda da Silva
PAULA FERNANDA DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: VALMIR LIRA AMORIM - MAT. 2824543



05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

PAULA FERNANDA DA SILVA

CPF da Vítima

088.894.134/09

Data do Acidente

21.06.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

 05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

ABREU E LIMA 11 de FEVEREIRO de 2019

Local e Data

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

x Paula Fernanda da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

PAULA FERNANDA DA SILVA

CPF da Vítima

088.894.134-09

Data do Acidente

21-06-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Paula Fernanda da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001625 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). PAULA FERNANDA DA SILVA, 22 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7246636 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 088.894.134-09, residente à RUA SERRA TALHADA, nº 32, , ARTHUR LUNDGREN II, IGARASSU-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 21/06/2017, por volta das 04:50 hs, no endereço: BR-101, KM41, AGAMENON MAGALHÃES IGARASSU-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo CELTA, PRATA, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) PAULA FERNANDA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 088.894.134-09 e Registro Geral nº 7246636, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 704026-1 ARAUJO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 1046444. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 17/10/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH001625

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

RECIFE-PE



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001625 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(*). PAULA FERNANDA DA SILVA, 22 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 7246636 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 088.894.134-09, residente à RUA SERRA TALHADA, nº 32, , ARTHUR LUNDGREN II, IGARASSU-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 21/06/2017, por volta das 04:50 hs, no endereço: BR-101, KM41, AGAMENON MAGALHÃES IGARASSU-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo CELTA, PRATA, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(*) PAULA FERNANDA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 088.894.134-09 e Registro Geral nº 7246636, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 704026-1 ARAUJO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 1046444. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Posição em 17/10/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2017APH001625

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



Serviço Social de Energia Elétrica - Contrato nº 16.418 de 2014
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-000
 CNPJ 15.532.000/0001-41 (par: 54.100.000-02) www.celpe.com.br

UNIDADE SUBSISTENTE

RE: JANE SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 814.807.294-04

01/01/2018

01 RESIDENCIAL
 RE: JANE SILVA DO NASCIMENTO

PERÍODO	DATA	VALOR
01/01/2018	01/01/2018	16,99

ENDEREÇO DA UNIDADE SUBSISTENTE

TV 5 JOAQUIM NABUCO 4 CS-PTB
 403200 TRAFQ T22177

TAMBOABREU E LIMA
 ASREU E LIMA PE
 53520-174

DATA	VALOR
01/01/2018	16,99

CONSUMO APROXIMADO	VALOR
Consumo Aproximado	16,37
Adicional Sanitário	0,21
Adicional Sanitário	0,41

TOTAL DA FATURA

PERÍODO	DATA	VALOR
01/01/2018	01/01/2018	16,99



Este documento é um documento eletrônico e não possui validade jurídica. O valor da fatura é o valor líquido e não o valor bruto. O valor da fatura é o valor líquido e não o valor bruto. O valor da fatura é o valor líquido e não o valor bruto.

PERÍODO	DATA	VALOR
01/01/2018	01/01/2018	16,99

TOTAL A PAGAR: 18,99



05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 12 FEV 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



CTC RECIFE PE PL2
INALDO BAIXA DE PONTES
JOAQUIM NABUCO 4 4 D
TIMBO
53520-174 - ABREU E LIMA - PE



72131950891428000000464830250718

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2018

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



Tarifa Social de Energia Elétrica (TSEE) para Lei 10.048, de 2000
NOME: TATIANA MARIA DA SILVA
Companhia Saneamento de Pernambuco
Av. João de Barros, 711, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP: 50060-010
CPF: 10.220.000/0001-00 | Ins. Est. 020000-01 | www.celpe.com.br

CONSUMIDOR

REJANE SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 014.807.294-04

ENDEREÇO

BL. RESIDENCIAL
PESQUEIRA
Nº 100/102

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 000000000000
CNPJ: 000000000000000000
CNPJ: 000000000000000000
CNPJ: 000000000000000000

CONSUMIDOR DE ENERGIA ELÉTRICA

TV 3 JOAQUIM NABUCCO 4 CS- PTE
A033850 TRAF0 T22177

TIMSO ABREU E LIMA
ABREU E LIMA PE
53530-174

DATA DE EMISSÃO: 06/2018
DATA DE VENCIMENTO: 00/07/2018
VALOR: 16,09

CONSUMIDOR	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Consumo Ativo (W/h)	81,000000	0,2455000	19,87
Atividade Bandeira AMARELA			0,21
Atividade Bandeira VERDE			0,41

TOTAL DA FATURA 16,09

CONSUMIDOR	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Consumo Ativo (W/h)	81,000000	0,2455000	19,87
Atividade Bandeira AMARELA			0,21
Atividade Bandeira VERDE			0,41



CONSUMIDOR DE ENERGIA ELÉTRICA

CONSUMIDOR DE ENERGIA ELÉTRICA

CONSUMIDOR	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR UN.
Consumo Ativo (W/h)	81,000000	0,2455000	19,87
Atividade Bandeira AMARELA			0,21
Atividade Bandeira VERDE			0,41

TOTAL DA FATURA 16,09

83830000000-4 18990011004-3 01298903610-0 13544830153-8



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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



CTC RECIFE PE PL2
INALDO BAIXA DE PONTES
JOAQUIM NABUÇO 44 D
TIMBO
53520-174 - ABREU E LIMA - PE



72131950891429000000004683020718

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29638>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu IVALDO RUIZA DE FORTES inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.988.454 / 88 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PAULA FERNANDA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.894.134 / 09 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PAULA FERNANDA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.894.134 / 09 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RECUSO-ME

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>50 TRAV. JOAQUIM NABUCO</u>		Número <u>4</u>	Complemento
Bairro <u>AMBÓ</u>	Cidade <u>ABREU E LIMA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53520-174</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 99429-0363</u>	Telefone celular (DDD)

ABREU LIMA 11 de FEVEREIRO de 2019
Local e Data

Jovaldo Ruiz de Fortes
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu IVALDO BAIXA DE PONTES inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.988.454 / 88 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PAULA FERNANDA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.894.134 / 09 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PAULA FERNANDA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.894.134 / 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios: RECUSO-ME

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>SR TRAV. JOAQUIM NABUCO</u>		Número <u>4</u>	Complemento
Bairro <u>IMBÓ</u>	Cidade <u>ABREU E LIMA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53520-174</u>
Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9.9429.0363</u>		Telefone celular (DDD)	

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Local e Data

Juvelino Baixa de Pontes
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-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	PAULA FERNANDA DA SILVA			6 - Nº Prontuário	104644
7 - Certidão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
888005169887062	29/11/1985	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA ANUNCIADA VITORINO			12 - Telefone da Contato	8194563541
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone da Contato	31313131
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA AZULAO, 46 - AGAMENON MAGALHAES				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
IGARASSU	250680	PE	53640020		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
VÍTIMA VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ ~ 6 HORAS COM DOR EM AMBOS MMII E QUADRIL ESQUERDO. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE 1 DE AMBAS AS PERNAS E FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO.

21 - Condições que justificam a internação:
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
ANAMNESE - EXAME FÍSICO - EXAMES DE IMAGEM

23 - Diagnóstico Principal / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA E ESQUERDA FRATURA ACETÁBULO ESQUERDO	S822	W199 V039	0415.03.0013

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA / LESÃO FISÁRIA DISTAL DA TÍBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA	0408050225		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980018005814998
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FAGNER PONSECA DE ATHAYDE	21/06/2017	Daniel Cabral 18863 Ortopedia e Traumatologia CRM/PE 24.031	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - [] Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - [] Acid. Trabalho Tijolo	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - [] Acid. Trabalho Trajetos			
45 - Vínculo com a Previdência			
[] Empregador [] Empregador [] Autônomo [] Desempregado [] Aposentado [] Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de 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)	
05.802.494/0001-11	TRACÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	

AIH
261710088939-2

12 FEV 2018

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

Código do Laudo: 384016



MIGUEL ARRAES

FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 384089

Usuário: JOSAFAXA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **PAULA FERNANDA DA SILVA** Prontuário: 104644
Idade: 31a 6m 22d Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 29/11/1985
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP: 53640020
R.G.: C.P.F.: 46 - AGAMENON MAGALHAES - IGARASSU - PE
Endereço: RUA AZULAO
Dados da Internação
Data e Hora da Internação: 21/6/2017 10:40
Plano: GERAL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNAÇÃO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERDE-05
Médico Internação: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 04.107.19
Endereço: Número: CLAUDEVAN SOUSA
Cidade: Estado civil: ATUINISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 26/06/17 Hora da Alta:
Motivo: ☐ Melhorado ☐ A Pedido ☒ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: TCS

Diagnóstico Principal..... Frnt. exposta da om de p... @ +

Diagnóstico Secundário01.: mto d... @ + put de

Diagnóstico Secundário02.: TCS

P. edimento..... 11/6 + de + fixado

21 Transfusão 11/6

Médico e CRM:

REVISADO
CCH - HM!05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

Poliana Carla da Silva

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 21 de JUNHO de 17

Poliana Carla da Silva

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

X SEM COPIAÇÃO DE ASSINATURA E SEM ACOMPANHAMENTO

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Paulo Fernando da Silva REG: 104644
IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 21/06/12 DATA DA ALTA 26/06/12
DIAGNÓSTICO: Poli-trauma.

TRATAMENTO REALIZADO:

FE Transfusão em MIE
FE hemoss em MIE

ORIENTAÇÃO:

Paciente transferido P/ neurocirurgia
do Hospital da Restauração

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO (x)
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

Rua da Aurora, 101 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE


Dr. Alexandre Almeida
MÉDICO
CRM 25.483

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/06/2017 05:13



Nome Paciente: PAULA FERNANDA DA SILVA
Cód. Paciente: 104644
Data de Nascimento: 29/01/1985
Sexo: Feminino
Idade: 32
Senha: 0009
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 384016
SAME: 92500

Período: 21/06/2017 05:22 - 21/06/2017 05:24

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO DE PASSEIO C/ ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO EM AR AMBIENTE CONFUSA / C/ SINAIS DE FRAT. EXPOSTA EM MID E NO MIE FRAT. FECHADA /C/ LESÃO DE FACE NEGA DOR ABD. E OU TORACICA INDO DIRETO P/ VERMELHA

Urgência:

VINDO C/ BOMBEIROS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA
- RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 10
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 12

REVISADO
NEPI-HMA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/06/2017 05:24

**MIGUEL ARRAES****HOSPITAL MIGUEL ARRAES**

Atendimento: 384016

Data e Hora: 21/08/2017 05:18

Senha da Classificação:

0009

Paciente: 104644 PAULA FERNANDA DA SILVA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 29/01/1985 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: IGNORADO IGNORADO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEdia

CRM: 12348

Endereço: IGNARADO

0

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Dores articulares de intensidade moderada a severa, com início insidioso, progressivo, bilateral, envolvendo principalmente as articulações de peso.

Exame Físico

Exame físico: paciente consciente, orientado, hidratado, normotensa, normotérmica, normopneumônica, normocárdica, normoecgográfica. Ausculta pulmonar: sem alterações. Ausculta cardíaca: sem alterações. Exame de fundo de olho: sem alterações. Exame de pele: sem alterações. Exame de mucosas: sem alterações. Exame de gânglios: sem alterações. Exame de linfonodos: sem alterações. Exame de glândulas: sem alterações. Exame de sistema urinário: sem alterações. Exame de sistema digestivo: sem alterações. Exame de sistema respiratório: sem alterações. Exame de sistema circulatório: sem alterações. Exame de sistema nervoso: sem alterações. Exame de sistema endócrino: sem alterações. Exame de sistema reprodutivo: sem alterações. Exame de sistema imunológico: sem alterações. Exame de sistema integumentar: sem alterações. Exame de sistema locomotor: sem alterações. Exame de sistema sensorial: sem alterações. Exame de sistema motor: sem alterações. Exame de sistema de defesa: sem alterações. Exame de sistema de regulação: sem alterações. Exame de sistema de crescimento: sem alterações. Exame de sistema de desenvolvimento: sem alterações. Exame de sistema de maturação: sem alterações. Exame de sistema de envelhecimento: sem alterações. Exame de sistema de morte: sem alterações.

Hipótese Diagnóstico

Doença degenerativa.

Prescrição Médica

1) Analgésico: Paracetamol 500mg, 3x1, PO, 12h.
2) Anti-inflamatório: Ibuprofeno 400mg, 3x1, PO, 12h.
3) Analgésico de reserva: Morfina 10mg, 1x1, PO, 12h.
4) Tratamento sintomático.

Guilherme Parente Lins

Médico Responsável

CRM: 12348

CPF: 000.000.000-00

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ☐ Encaminhado ao Ambulatório☐ Residência☐ Transferido: Para _____☐ Encaminhado ao setor de internação

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Senha: _____

12 FEV 2019

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: PAULA FERNANDA DA SILVA REG: 104644

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
21/6/2017	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HAS-	# ADMISSÃO
DM-	PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ
ALERG-	+/- 5 HORAS COM DOR EM AMBOS MMII E QUADRIL
	ESQUERDO. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE
	OSSOS DE AMBAS AS PERNAS E FRATURA DE
	ACETÁBULO ESQUERDO.
	EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO
	A FEBRIL
	EX. FÍSICO:
	A - VIAS AERÉAS PERVIAS
	B - RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE
	C - SEM SINAIS DE CHOQUE
	D - GLASGOW 15
	E - PRESENÇA DE FERIMENTO EM TOPOGRAFIA DE
	FRATURA DE MID, PRESENÇA DE DEFORMIDADE EM MIE.
	ESCORIAÇÕES EM OMBRO E FACE.
	HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA
	FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA
	FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO
	CD: INTENSIVAMENTE
	em Bloco

Daniel Cabral
Oncologista
CRM/PE 24.031

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2018

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI - 3)

ADMISSÃO - LEITO 22

Paula Fernanda da Silva, 31 anos
Rg: 104556 At: 384089
ADM HMA: 21/06 ADM UTI: 21/06

Paciente admitida no POI de correção de fx exposta de mmii por trauma
Paciente vítima de atropelamento por carro de passeio, admitida no serviço com fratura exposta de mmii. Foi feito TAC de crânio, coluna cervical e tórax sem lesões(sic) e demais radiografias mostraram lesão de acetábulo esquerdo e fratura de ossos de ambas as pernas.
Chega na UTI extubada, acompanhada de médico anestesista, com acesso periférico, sem SVD e sem SNE.

EXAME FÍSICO

GERAL: EGregular, consciente e orientada, afebril ao toque, com PA estável.

ACV: RCR em 2T, BNF s/s FC: 94 bpm. PA: 120x60 mmHg

AR: MV+ em AHT, s/RA. SO2: 96% em AA

ABD: flácido, depressível, indolor a palpação, RHA presentes

EXT: frias e mal perfundidas

HD:

1. POI (21/06) de lavagem e debridamento de fx exposta + fixador externo transarticular em perna esquerda + fixador externo linear em perna direita
2. Fx exposta de mmii sec a trauma

CONDUTA:

1. Solicito exames admissionais, culturas e radiografia de tórax
2. Mantenho ATbterapia com clinda e genta
3. Gasometria com PH : 7,09 / PCO2: 35/ PO2: 89 lac: 9,5/ bic: 10,6/ BE: -19,2 → início expansão volêmica vigorosa
4. Solicito passagem de SVD



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

UTI 03- ADULTO

Leito 26

PACIENTE Paula Fernanda da Silva Data: 21/06/2017 Hora: NOTURNO

AVC1: AVP D AVC2: D TOT/TQT: X D PAI: X D

Dados de enfermagem:

Admissão

PA: () ↑ () ↓ () estável # FC: () ↑ () ↓ () estável # HGT: () ↑ () ↓ () estável # Distúrbio: () sim () não

ΔH: Ganhos: ml; Diurese: X ml (ml/h); Diálise: ml; SNG: ml; Drenos: ml;

Outros: ml; () Evacuação (aspecto:); Δhídrico: ml. Acumulado: ml

ATB: 1. Ceftriaxona D 23,06 2. Clinida D 21,06

3. D 4. D

Geral: Em estado, eufórica, afébril, digão hipotenúrica, acianótica, anictérica.

Sedo-analgesia: 1. ml/h 2. ml/h 3. ml/h

Despertar diário: () SIM; () NÃO; RAMSAY = RASS: GLASGOW = 4 + 5 + 6 = 15

Cardiovascular: RER em 20, BVS/S FC: 90 PA: 100x61

Drogas Vasoativas: 1. ml/h 2. ml/h 3. ml/h

Ventilação: () Esp; () PS; () PCV; () PRVC; () VNI; () outro: PEEP: Δ: Vti: ml; FIO2: %; SatO2: %

Respiratório: MV em A+B SIRA FR:

Abdome: depressível, flácido, RHA+

Dieta: () Oral; () SNE; () Gastro/jejunostomia; () Parenteral; X Zero; Kcal/Kg/dia; g prot/Kg/dia; gN/Kcal

Membros: Fixadores externos em MMII + curativos

Outros: Paciente admitida e/ PH=7,0 e LAC=9,5

Profilaxia p/TVP: () sim () não; Profilaxia de LAMGD: () sim () não; SVD: () sim () não

Desnudo > 30%: () sim () não; Úlcera de pressão: () sim () não; Infectada: () sim () não

Impressão clínica: Gaseometria e/ acidose metab. LAC=9,5

Conduta: PH=7,30 PCO2=24,1 PO2=85,2 SO2=94,9 Hb=6,2

BE=-14,6 HCO3=12 IO=405

Exponção rotineira

Passar SVD

Vigilância

Dieta zero

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

UTI 3 - ADULTO

PACIENTE Paula Fernandes da Silva

Data: 22/06/17 NOTURNO

Dados de enfermagem:

PA: (140/80) () estável # FC: (93) () estável # HGT: () () estável # Distúrbio: () sim; () não
 Balanço Hídrico: Ganhos - 1528 ml; Perdas - Diurese 225 ml (ml/h); Dialise: ml;
 Drenagem SNG: ml; outros: ml; A hídrico: +1303 ml.

Dados relevantes laboratoriais:

Antibióticos: 1. Clindamicina D 1 / 2. Cefaz D 1 /
 3. D / 4. D /

Geral: EGR, consciente / orientada, hipocorada +/4+, AA, cianose
extremidades

Sedeção: (X) NÃO; () SIM; Despertar diário: (X) SIM; () NÃO;

Neurológico:

RAMSAY= GLASGOW= + + =

Cardiovascular: WCP 21, BNF, volu. PA: 103/64 FC: 93

Drogas Vasoativas: 1. = ml/h 2. = ml/h 3. = ml/h

Ventilação: (X) Espontânea; () PS; () PCV; () VCV; () outro; PEEP cmH2O; FIO2 %; SaO2: 95 %

Respiratório: MV+, abdo em base E, Fe 17. Cateter O2 6l/min.

Abdome: Plano, RHA+, timpânico, s/VMG.

Dieta: (X) Oral; () SNE; () Gastrostomia; () Parenteral; () Zero: Kcal/Kg/di: g prot/Kg/dia; () evacuação

Membros: PPPP, edeme 3+/4+ MMII, cianose +/4+ MMSS

Outros:

Profilaxia p/TVP: () sim; () não; SVD: () sim; () não; Decubito > 30°: () sim; () não; Úlcera de pressão: () sim; () não

Impressão clínica:

Conduta: 1) Casímetro sem lactato 2) Rx 1000 ml SRL para
avaliar diurese.

Renata Bezerra
Médica
Data: 22/06/17

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

UTI - ADULTO

Leito 26 Registro 40958

PACIENTE: João Fernando da Silva, 32 anos - old 389.889 Data: 23/6/17 Hora: Noite

AVC 1: _____ D _____ AVC 2: _____ D _____ TOT/TQT: D _____ PAI _____ D _____ Dren Torác D _____ E _____

Dados de enfermagem:

PA: () ↑; () ↓; (X) estável # FC: () ↑; () ↓; (X) estável # HGT: () ↑; () ↓; (X) estável # Distúria: () sim; (X) não _____

ΔH: Ganhos: 2401 ml; Diurese: 1400 ml (ml/h); Diálise: ml, SNG: ml; Drenos: ml;

Outros: _____ ml; (f) Evacuação (aspecto: normal) : Anidrico: 001 ml, Acumulado: _____ ml

ATB: 1. Chlorobaculum 2.9 g/l D 23.06/ 2. Gentiana 2.70 g/l D 23.06/

3. _____ D _____

Geral: Processo de ensino-aprendizagem, seleção, comunicação, e gestão de classe, bem como a disponibilidade de recursos. Não há
distinção entre o ensino e a aprendizagem.

Sedo-analgesia: 1. _____ = _____ ml/h 2. _____ = _____ ml/h 3. _____ = _____ ml/h

Despertar diário: () SIM; () NÃO; RAMSAY = _____ RASS = _____ GLASGOW = AO 4 + RV 5 + RM 1 = 10

Cardiovascular: ACH 1000 - 1000 - 1000 - 1000 FC: 92 PA: 112/74

DVA: 1. _____ = _____ ml/h (_____ mcg/kg/min) 2. _____ = _____ ml/h (_____ mcg/kg/min)

3. _____ = _____ ml/h (_____ mcg/kg/min) 4. _____ = _____ ml/h (_____ mcg/kg/min)

Ventilação: () Esp. () PS; () PCV; () PRVC; () VNI; () outro; PEEP ____; Δ ____; Vti ____ ml; FIO₂ ____%; SatO₂ ____%

Respiratório: MVG em 24h - Em duplo 2 por Enz, 60 mm no manômetro FR: 22

Abdomen: Distended, mild tenderness, no masses.

Dieta: () Oral; () SNE; () Gastro/jejunostomia; () Parenteral; () Zero; _____ Kcal/Kg/dia; _____ g prot/Kg/dia; _____ gN/Kcal

Membros: Enfermeiros, Fisioterapeutas, Psicólogos, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Assistentes Sociais, etc.

Outros: Características de col de NMI II | Tubo 100% | Material: metal

Profilaxia p/TVP: () sim; () não; Profilaxia de LAMGD: () Sim; (X) não; SVD: (X) sim () não

Úlcera de pressão: () sim; () não _____ Infectada: () sim; () não

Impressão clínica:

Conduca: 1 - Fica deitado de lado no paguê 02 minutos. Total

2- Avellos candidato di alto P/informazione ormai

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2019

12 FEB 1980
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP-50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Daniel Lima
Médico
CRM - PE: 24.121

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Paula Fernanda da Silva REG: 104644

CLÍNICA: 504 ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA: _____ # 504 # ♀ 31 anos

25/06/17 HD ① Fratura exposta de ossos da perna ⑤
11/18 + fratura de platô tibial ⑤ + fratura
de acetábulo ⑤
② PO (21/06) LC + DC + FE transarticular
em perna ⑤ + FE linear em perna ⑤
③ Relatou per atropelamento por
carro 21/06/17.
Em uso de: Clindamicina +
Gentamicina > DI: 21/06/17
Queixas: dor à mobilização de mm,
cefaleia persistente.
Ao exame: ECG, hidratação hiperoncada
(+/4+), eufêmica, afebril, consciente e orientada.
RR: muco em AHT SIRA TR: 20 i.p.m.
ACV: RCR em AT BNF SFS FC 82 bpm
ABD: semi-globoso plano, depressível,
algo doloroso à palpação de HCE.
Diurex: urina alaranjada em coletor
de SVD (250 ml).
TO: Sem flegore, bom aspecto.
CD: ① Solicito senha de urgência p/
transparência para avaliação de
Neurocirurgia. TAC de crânio
21/06/17: Hematoma subdural agudo
frontotemporal à esquerda + áreas
de ISA. Senha: 5199256 + HR

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

Assinatura Alcor
15.323

Ficha de Cirurgia Descritiva

Arquivo de Cirurgia: 43557
Paciente: 104844
Convênio Atend: 1
Leito: 558
Dt. Início: 21/05/2017 14:20
Cirurgião Operatório: S822
Cof. Pos-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
PAULA FERNANDA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-05
Dt. Fim: 21/05/2017 16:40
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento: 384089
Carteira:
Idade: 31 Anos 23 Dias 18 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0406050500
Convênio: 001
Anestesia: 44

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Médica

URDIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DAS PERNAS DIR E FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIA ESQ + FRATURA DE METACARPO ESQ
INTERVENÇÃO: LC + DC + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM PERNA ESQ + FE LINEAR EM PERNA DIREITA
OPERADOR: DR ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIAR: DR MAURICIO MOREIRA
2º AUXILIAR: DR FRANCISCO ROSSI
3º AUXILIAR: DR MATHEUS PASSOS + DRA NAYANA ADOUR
INSTRUMENTADOR: MARCIA
ANESTESISTA: DR JULIO MAIA
ANESTESIA: GERAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DOS MMII
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM FACE POSTERO-MEDIAL DE PERNA DIREITA COM CERCA DE 2CM
5. FERIMENTO DE PERNA ESQUERDA COM CERCA DE 5 CM
6. AMPLIADO INCISÃO E FEITO DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS
7. LAVAGEM EXAUSTIVA E LIMPEZA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0.9% 10.000ML DE AMBOS OS MMII
8. APLICAÇÃO FIXADOR EXTERNO LINEAR COM 02 BARRAS EM PERNA DIREITA SOB ESCÓPIA
9. SUTURA COM NYLON 2-0 DO FOCO DE EXPOSIÇÃO DA PERNA DIR
10. APLICAÇÃO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM MIELO SOB ESCÓPIA
11. LAVAGEM EXAUSTIVA E LIMPEZA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0.9%
12. SUTURA COM NYLON 2-0 DO FOCO DE EXPOSIÇÃO DA PERNA ESQ
13. CURATIVO APOS VERIFICADO PERFUSÃO DISTAL

OS OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL DOS MMII, POIS ENCONTRAVAM-SE DIMINUÍDOS (LENTIFICADOS) ANTES E APOS APLICAÇÃO EXTERNA DOS MMII

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

05.802.494/0001-41
04/07/17
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
CERALEUDIAN SOUSA
PATRIMISTA

12 FEV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

DR(A): ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM: 19797

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: PAULA FERNANDA DA SILVA REG: 104644

IDADE: 21/2 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 30/6/2017 DATA DA ALTA 19/07/17

DIAGNÓSTICO:

Fr das omes da perna lateral
Fr do acetábulo PE.

TRATAMENTO REALIZADO:

SS c) placa e parafusos

fixo com uma das p/ fix de acetábulo

ORIENTAÇÃO:

- curativo limpo
- tomar medicações prescritas
- Sentar. Não pisar.
- Reforço a 2 semanas

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

Dr. Igor Dantas de Oliveira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 22.842

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2018

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



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	PAULA FERNANDA DA SILVA			6 - Nº Prontuário	104644
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raza/Cor	10.1 - Etnia	
888005169587092	29/11/1985	<input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA ANUNCIADA VITORINO			12 - Telefone de Contato	
				8194563641	
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	
				989475702	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA AZULAO, 48 - AGAMENON MAGALHAES				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ASSU	280680	PE	53640020		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Síntese e Síntese Clínica			
2 - É VÍTIMA DE ATROPELAMENTO HA 7 DIAS COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA, FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA, TIBIAL ESQUERDO E FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO. COLOCADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM ME E LINEAR EM MD. FOI FERIDA PARA A NCR DO HR ONDE RECEBEU ALTA E RETORNA AO SERVIÇO HOJE COM AUTORIZAÇÃO DE DR. PETRUS			
21 - Condições que justificam a internação			
TRATAMENTO CIRÚRGICO			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
ANAMNESE - EXAME FÍSICO - RADIOGRAFIA			
23 - Diagnóstico Inicial / Código			
FRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA E ESQUERDA FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQ FRATURA DE ACETÁBULO ESQ			
24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas	
S822	Z000		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Código do Procedimento		28 - Código do Procedimento	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA		0408050500	
29 - Caracter de Atendimento	30 - Documento	31 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
32 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente		33 - Data da Solicitação	34 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
SORMANE DE CARVALHO BRITTO		30/08/2017	Dante Cabral 16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNPJ Seguradora	36 - Nº Bilhete	37 - Série
38 - CNPJ / Empresa	39 - CNAE / Empresa	40 - CSOR
41 - Vínculo com a Previdência		
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Apos		

AUTORIZAÇÃO

42 - Nome do Profissional Autorizador		43 - Cod. Órgão Emissor
		E260000001
44 - Documento	45 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
46 - Data da Autorização	47 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	2617100899997-4	
	2617100899998-5	
	2617100899999-6	

MIGUEL ARRARES

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 385353
Usuário: LUISKNS

DADOS DO PACIENTE

Nome: **PAULA FERNANDA DA SILVA**
Idade: 31a 7m 1d Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 29/11/1965
Prontuário: 104644
Escolaridade: Telefone: 989475702 CEP: 53840020 - IGARASSU - PE
C.P.F.: 45 - AGAMENON MAGALHAES
Endereço: RUA AZULAO
Data e Hora da Internação: 1/7/2017 13:15
Plano: GERAL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-08
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.:
Número:
Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 19/07/17 Hora da Alta:
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: boa condição
Diagnóstico Principal..... Ex osteo da punha bilateral + acetábulo E

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento..... on cl placa + parafuso + enervação de acetábulo

Dr. Igor Dantas de Oliveira
Médico CRM 22.842
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

Maria Amélia Vitorino
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRARES bem como as intervenções cirúrgicas e cirúrgicas (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 _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Nome Paciente: PAULA FERNANDA DA SILVA
Cód. Paciente: 104644
Data de Nascimento: 29/11/1985
Sexo: Feminino
Idade: 31
Senha: 0011
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 385243
SAME: 92500



Período: 30/06/2017 12:01 - 30/06/2017 12:01

ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Resumo:
Sintoma(s):
Diagnóstico Principal:
Evolução sintoma:
Discriminador(es):
Especialidade:

- ANTIBIOTICOS1 - CEFALOTINA 1G EV 6/6H D1:21/06 D7:27/06 HELOISE
- ANTIBIOTICOS2 - CLINDAMICIN 600MG IV 6/6H D1-22/06 D28-22/07
GENTA 240MG IV 24/24H D1-22/06 D28-22/07(GIR MOD 25/06
PACIENTE VOLTA AO HOSPITAL APOS 4 DIAS DO PARECER DA NEURO PARA TERMINAR
CONDUTA NO NOSSO SERVIÇO COM QUEIXA DE TCE E POLITRAUMA, NEGA HAS DM E
ALERGIAS.
PACIENTE TRAZIDA DO HR COM CURATIVOS REALIZADO PELA ULTIMA VEZ DIA 28/06.
TRAUMA
- DOR LEVE (1-3/10)
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergias Atuais do Paciente

Substância: Observação
- ANTIBIOTICOS1 - CEFALOTINA 1G EV 6/6H D1:21/06 D7:27/06 HELOISE
- ANTIBIOTICOS2 - CLINDAMICIN 600MG IV 6/6H D1-22/06 D28-22/07
GENTA 240MG IV 24/24H D1-22/06 D28-22/07(GIR MOD 25/06

REVISADO
NEPI-HMA

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2018

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

Acolhido(a) por: ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 30/06/2017 12:01

**MIGUEL ARRAES****HOSPITAL MIGUEL ARRAES**

Identificação: 385243

Data e Hora: 30/06/2017 11:56

Senha da Classificação:

0011

Paciente: 104644 PAULA FERNANDA DA SILVA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 29/11/1985 Idade: 31 anos

Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA ANUNCIADA VITORINO

Nome do Pai: JOSE ADRIANO DA SILVA

CRM: 12345

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Bairro: AGAMENON MAGALHAES

Endereço: RUA AZULAO

46

Usuário Atendimento: MONICABSL

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 14:30

Queixa Principal

Presença de dor no joelho após trauma de HA (NCR). Com história de ATOXINAMENTO NA 7 DIA, com fratura com fratura (B) + (E) e fratura (B) + (E)

Exame Físico

Edema no joelho, hiperemia + calor, dor à palpação, limitação de movimento. Rotação externa mantida - MIO + F.E. Livre no MIO

Hipótese Diagnóstico

- 1) Fr. osses (B) + (E)
- 2) Fratura (B) + (E)
- 3) Fr. (B) + (E)

Prescrição Médica

1) Vite intravenosa

Daniel Cabral
CRM: 12345

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio

() Residência

Senha:

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Ficha de Cirurgia Descritiva

Atendimento: 385353

Paciente: 104644

Convênio Atend.: 1

Leito: 561

Di. Início: 05/07/2017 18:02

Cid Pré-Operatório: A499

Cid Pós-Operatório:

PAULA FERNANDA DA SILVA

SUS - INTERNACAO

VERD2-08

Di. Fim: 05/07/2017 19:02

INFECCAO BACTERIANA NAO ESPECIFICADA

Atendimento: 385353

Carteira

Idade: 31 Anos 6 Dias 19 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0415040036

Convênio: 001

Anestesia: 05

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

QUIRURGIAO

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO OPERATORIO: INFECCAO DE TRAJETO DE PINOS DE FIXADOR EXTERNO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO
TIPO DE INTERVENCAO: REPOSICIONAMENTO DE PINOS DE FIXADOR EXTERNO

OPERADOR: DR HYGINO MARINHO

1º AUXILIAR: MARIANA CAVALCANTI (MR1)

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

ANESTESISTA: DR JULIO

01. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02. ASSERSIA + ANTISSEPSSIA MID

03. APOSICAO DE CAMPOS ESTEREIS

04. RETIRADOS PINOS DISTAIS DE FIXADOR EXTERNO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

05. DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS CIRCUNDANTES DO PINO

06. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0.9%

07. SUTURA COM NYLON 3-0

08. COLOCADOS 2 NOVOS PINOS DISTALMENTE EM FACE ANTERIOR DA PERNA DIREITA

09. CURATIVO

10. OBSERVADA BOA PERFUSAO PERIFERICA DO MID

15. PROCEDIMENTO REALIZADO SOB CONTROLE RADIOLOGICO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

DR(A): HYGINO JOSE PINTO MARINHO
CRM: 14859

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala: 0001 SALA 01

Aviso de Cirurgia: 43949
Paciente: 104644

Convênio Atend.: 1
Leito: 58

Dt. Início: 12/07/2017 08:40

Cia Pré-Operatório: S827

Cia Pós-Operatório:

PAULA FERNANDA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-508-LEITO 002
Dt. Fim: 12/07/2017 10:30
FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA

Atendimento: 365353

Carteira:
Idade: 31 Anos 13 Dias 10 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA
CIRURGIÃO: DR ANTONIO QUEIROZ
1º AUXÍLIO: PEDRO THIAGO LIMA (MR3)
2º AUXÍLIO: IGOR DANTAS (MR2)
ANESTESISTA: DR JÚLIO MAIA
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DA INTERVENÇÃO:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUI ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MID;
3. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE MID;
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MID;
5. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO DIREITO;
6. DISSECÇÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
7. ABERTO CANAL MEDULAR DA TÍBIA;
8. PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA;
9. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESAS Nº 8, 9 E 10;
10. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 9 X 34;
11. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS (40 E 45) E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS (35 E 40);
12. LIMPEZA COM SF 0.9%;
13. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
14. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL DO MEMBRO;
15. CURATIVO;
16. CONTROLE COM RX.

Achados Cirúrgicos:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Descrição Complementar

12 FEV 2019

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

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 44006
Paciente: 104844
Convênio Atend.: 1
Leito: 58
Dt. Início: 15/07/2017 11:02
Circ. Pre-Operatório: 5827
Circ. Pós-Operatório: 5827

Sala: 0903 SALA 03
PAULA FERNANDA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-508-LEITO 002
Dt. Fim: 15/07/2017 15:58
FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA
FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA

Atendimento: 385353
Carteira:
Idade: 31 Anos 16 Dias 17 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050500
Convênio: 001
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA OSSOS DA PERNA ESQUERDA
INTERVENÇÃO: OSTEOSSINTESE COM PLACAS E PARAFUSOS
OPERADOR: DR. ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIAR: DR. THIAGO DOS ANJOS
2º AUXILIAR: DRA. MARILIA LIMA
3º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: DR. GLEITON
ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS
SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO - CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO MEDIAL E DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA, SENDO COLOCADA UMA PLACA DCP EM PONTE, APÓS REDUÇÃO DA FRATURA COM USO DE RX CONTROLE
5. INCISÃO LATERAL EM REGIÃO PROXIMAL DE TÍBIA ESQUERDA, SENDO COLOCADA UMA PLACA EM L APÓS REDUÇÃO DA FRATURA COM USO DE RX CONTROLE
6. INCISÃO LATERAL EM JOELHO ESQUERDO, IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA EM ESPINHA TIBIAL, REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO CANULADO E CONTROLE COM RX
7. SUTURA POR PLANOS
8. CURATIVO

Risco Cirúrgico:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE DOS OSSOS DA PERNA ESQ (GII)
CIRURGIA: OSTEOSSINTESE COM HASTE INTR

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Marilia Lima Gomes
Cirurgiã - Radiologia
CRM 197.950

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: PAULA FERNANDA DA SILVA REG: 104644

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
30/6/2017	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HAS	# ADMISSÃO
DM	PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 7 DIAS COM
ALERG-	FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA,
	FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA, PLATÔ TIBIAL
	ESQUERDO E FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO.
	COLOCADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM
	MIE E LINEAR EM MID. FOI TRANSFERIDA PARA A NCR DO
	HR ONDE RECEBEU ALTA E RETORNA AO SERVIÇO HOJE
	COM AUTORIZAÇÃO DE DR. PETRUS.
	NEGA COMORBIDADES, NEGA ALERGIAS
	EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, CORADA
	AFEBRIL
	AO EXAME: PRESENÇA DE F.E. TRANSARTICULAR EM MIE
	E F.E. LINEAR EM MID.
	HD: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQ E DIR
	FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQ
	FRATURA DE ACETÁBULO ESQ
	CD: INTERNAMENTO
	SOLICITO LAB

Daniel Gabriel
Oncologista
GRUPO E

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

02/02/2019

#505#

AD ① Fratura estale do osso da perna ①

② Fratura do osso da perna ②

③ Fratura do osso da perna ③

④ Fratura do osso da perna ④

Lesão atendida fixador externo linear em MIT
e fixador externo intramedular em MIT, com
alinhamento satisfatório em quem.

Alinhamento em EKG, Alinhamento, alinhamento, normalização
de alinhamento, alinhamento, alinhamento no tempo e no tempo.

CO - Alinhamento novo procedimento cirúrgico

Dr. Thiago Medeiros Ferreira
Médico
CRM-PE 24.714

02/02/19

#507#

AD - #HB: as mesmas

Lesão atendida cirúrgica, sem sequelas no momento.

EKG, alinhamento, alinhamento, alinhamento, alinhamento.

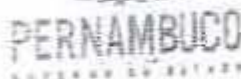
#CO - Alinhamento novo procedimento cirúrgico.

Mariana Caffalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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



1000

RÍGUEL ARRAES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NAME: Paula Perdomo de Silva

REG: 404644.

2100

ENFERMAGEM:

LEITON

DATA/HORA	Insu/mo, SÓLOS	# SOT #	31anos, ♀
09/03/14	<p>• HD: 1. Ex. exposto do corpo do punho (D)</p> <p>2. Ex. do corpo do punho (E)</p> <p>3. Ex. do punho (E)</p> <p>4. Ex. de acurácia (E)</p>		
	<p>Paciente com fraturas expostas em ambas as MIB e fraturas de ambas as mãos. No momento sem queixas, após a aplicação de gesso, mas sente dor e com o uso de analgésicos.</p> <p>• Ao exame: Edema, consistente, orientada, dinâmica, amarela, hiperestésica, hiperestésica, hiperestésica.</p> <p>• 1. Ex. de acurácia de 30 de graduação</p> <p>2. Ex. de acurácia de 30 de graduação</p> <p>3. Ex. de acurácia de 30 de graduação (provavelmente não)</p>		
05.802.494/0001-42			
TRACÃO CORRETORA			
DE SEGUROS LTDA			
12 FEV 2019			
Rua da Aurora, nº 125 SL 902 BL C			
Boa Vista - CEP 50.060-010			
RECIFE-PE			
04/03/14		# SOT #	31anos, ♀
	<p>• HD: 1. Ex. exposto do corpo do punho (D)</p> <p>2. Ex. do corpo do punho (E)</p> <p>3. Ex. do punho (E)</p> <p>4. Ex. de acurácia (E)</p>		<p>5. Imagem do punho em MIB</p>
	<p>Paciente com fraturas expostas em ambas as MIB e fraturas de ambas as mãos. No momento sem queixas, após a aplicação de gesso, mas sente dor e com o uso de analgésicos.</p> <p>• Ao exame: Edema, consistente, orientada, dinâmica, amarela, hiperestésica, hiperestésica, hiperestésica.</p>		
	<p>Dr. Thiago Moreira Ferreira</p> <p>CRM 123456</p>		



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO



MIGUEL ARRAES

SECRETARIA DE SAÚDE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Paulo Fernando da Silva

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

REG:

LEITO:

DATA/HORA	
04/03/17	CD 1. Aguardo atendimento médico, depois, amanhã.
06/03/17	7h
	# HD: 1º VPO de reposicionamento de FE de ponto
	La fratura exposta de ossos da perna (D)
	Fratura de ossos da perna (E), alveolar (E)
	Fratura de acetábulo (E)
	Em uso: cefazidima + vanco (DI=05/03)
	Paciente segue estável, sem queixas no momento.
	Exame: ECG, cons, on, hiper (+/4+) hich, sup.
	FO: bem disposto, sem febre, sem sinais de infecção patológica.
	# CD: mantendo ATB
	Aguarda melhora de partes moles p/ procedimento definitivo

Mariana Cavalcanti
Médica
CRM-PE 22973

05.802.494/0001-11
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2017

Rua da Aurora, Nº 175, 21-902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50060-010
RECIFE-PE

Atendimento: 385353
Dt Atendimento: 01/07/2017 - 13:15
Paciente: 104644 PAULA FERNANDA DA SILVA
Dt Alta: 19/07/2017 - 15:47

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Leito: 58 ORTL-508-LEITO 002
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
CID:

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Plano: 1 GERAL
Usuário: THIAGOCMA

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

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 FEV 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Roa 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



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	PAULA FERNANDA DA SILVA			6 - Nº Prontuário	104644
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
898005169587092	29/11/1985	<input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA ANUNCIADA VITORINO			12 - Telefone de Contato	8194563641
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	31313131
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA AZULAO, 46 - AGAMENON MAGALHAES				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
IGARASSU	260580	PE	53640020		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO NA + 6 HORAS COM DOR EM AMBOS MMII E QUADRIL ESQUERDO. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE
DE AMBAS AS PERNAS E FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO.

21 - Condições que justificam a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE - EXAME FÍSICO - EXAMES DE IMAGEM

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA E ESQUERDA FRATURA
ACETÁBULO ESQUERDO

24 - CID 10 Principal

S822

25 - CID 10 Secundário

W195

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

REDUÇÃO INGUENTA DE FRATURA DIAFISÁRIA / LESÃO FISÁRIA DISTAL DA TÍBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA

28 - Código do Procedimento
0408050225

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

980018000614998

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

34 - Data de Solicitação

21/06/2017

35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)

Daniel Cabral

16863

Ortopedia / Traumatologia

CRM-PE 24.031

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Típico			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor E260006001	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
48 - Documento () CNS () CPF	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
53 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

Código do Laudo: 384016

AIH
261710088939-2



MIGUEL ARRAES

FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 384089

Usuário: JOSAFAXA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **PAULA FERNANDA DA SILVA** Prontuário: 104644
Idade: 31a 6m 22d Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 29/11/1985
Profissão: C.P.F.: 46 Telefone: AGAMENON MAGALHAES CEP 53640020 - IGARASSU - PE
R.G.: Endereço: RUA AZULAO
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEdia Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE-05
Médico Internação: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 04.107.117
Endereço: Número: Estado civil: FATURADO
Cidade: Faturado
Faturado

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 26/06/19 Hora da Alta: :
Motivo: ☐ Melhorado ☐ A Pedido ☒ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: TCS
Diagnóstico Principal.....: Fract. exposta do osso de mão @ +
Diagnóstico Secundário01.: melho diálise @ + put de
Diagnóstico Secundário02.: acido e
Prescrição.....: 1ml + de + 1x cada
21 Transfusão de 1H2
Médico e CRM: 05.802.494/0001-41
REVISADO
CSH - HM!
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 FEV 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG
Poliana Carla da Silva

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésicos, 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.

DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Poliana Carla da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

* Sem cópia de Assinatura e RG Acomodação



MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Dr. Miguel Arraes

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Paulo Fernando da Silva REG: 104644
IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 21/06/17 DATA DA ALTA 26/06/17
DIAGNÓSTICO: Poli-trauma.

TRATAMENTO REALIZADO:

F.F. Transfere para NTE
TFE dentro da NTE

ORIENTAÇÃO:

Paciente transferido P/ neurocirurgia
do Hospital da Restauração

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO (x)
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

Dr. Miguel Arraes
MEDICINA
CARTEIRA 25.883

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

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

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/06/2017 05:13



Nome Paciente: PAULA FERNANDA DA SILVA
Cód. Paciente: 104644
Data de Nascimento: 29/01/1985
Sexo: Feminino
Idade: 32
Senha: 0009
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 384016
SAME: 92500



Período: 21/06/2017 05:22 - 21/06/2017 05:24

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

VERMELHO

Cor:

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO DE PASSEIO C/ ESCORIAÇÕES POR TODO CORPO EM AR AMBIENTE CONFUSA / C/ SINAIS DE FRAT. EXPOSTA EM MID E NO MIE FRAT. FECHADA / C/ LESÃO DE FACE NEGA DOR ABD. E OU TORACICA INDO DIRETO P/ VERMELHA VINDO C/ BOMBEIROS

Observação:

Fluxograma sintoma:

Discriminador(es):

TRAUMA

- DOR INTENSA (8-10/10)

- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA

- RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA

CIRURGIA GERAL

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 10

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 12

REVISADO
NEPI-HMA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

01 MAR 2019

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

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/06/2017 05:24

**MIGUEL ARRAES****HOSPITAL MIGUEL ARRAES**Atendimento: **384016**

Senha da Classificação:

0009Data e Hora: **21/06/2017 05:18**Paciente: **104644 PAULA FERNANDA DA SILVA**Sexo: **FEMININO**Data do Nascimento: **29/01/1985** Idade: **32 anos** Convenio: **2 SUS - EXTERNO / URGENCIA**Nome da Mãe: **IGNORADO IGNORADO**

Nome do Pai:

Estado Civil: **SOLTEIRO**Nome do Médico: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**CRM: **12346**Endereço: **IGNORADO****0**Bairro: **CENTRO**Cidade/UF: **IGARASSU****PE**Usuário Atendimento: **PAULAFSC****Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Queixa principal de dor no membro superior direito, com início há alguns dias, piorando com o movimento de flexão e extensão do cotovelo. Sem trauma aparente.

Exame Físico

Exame físico: membro superior direito, dor no cotovelo, sem trauma aparente. Movimento de flexão e extensão do cotovelo com dor. Sem sinais de infecção ou trauma.

Hipótese Diagnóstico

Doença do cotovelo

Prescrição Médica

1. Analgésico: Paracetamol 500mg, 1 comprimido a cada 6 horas, sem ultrapassar 4g por dia.
2. Anti-inflamatório: Ibuprofeno 400mg, 1 comprimido 3 vezes ao dia, após as refeições.
3. Físico: Fisioterapia com exercícios de fortalecimento e alongamento do membro superior direito.

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

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

Guilherme P. M. Lins
 Médico
 CRM 12345
 CPF 000.000.000-00

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: ☐ Encaminhado ao Ambulatório☐ Residência☐ Transferido: Para☐ Encaminhado ao setor de internação

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Senha: _____

12 FEV 2019

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: PAULA FERNANDA DA SILVA REG: 104644

CLÍNICA: _____

ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
21/6/2017	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HAS-	# ADMISSÃO
DM-	PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ
ALERG-	+/- 5 HORAS COM DOR EM AMBOS MMII E QUADRIL
	ESQUERDO. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE
	OSSOS DE AMBAS AS PERNAS E FRATURA DE
	ACETÁBULO ESQUERDO.
	EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO
	AFEBRIL
	EX. FÍSICO:
	A - VIAS AEREAAS PERVIAS
	B - RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE
	C - SEM SINAIS DE CHOQUE
	D - GLASGOW 15
	E - PRESENÇA DE FERIMENTO EM TOPOGRAFIA DE
	FRATURA DE MID, PRESENÇA DE DEFORMIDADE EM MIE.
	ESCORIAÇÕES EM OMBRO E FACE.
	HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA
	FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA
	FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO
	CD: INTERNAÇÃO
	to Bloco
05.802.494/0001-41	Daniel Cabral
TRACÃO CORRETORA	CRM/PE 24.931
DE SEGUROS LTDA	
01 MAR 2017	

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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2017
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAS
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI - 3)

ADMISSÃO - LEITO 22

Paula Fernanda da Silva, 31 anos
Rg: 104556 At: 384089
ADM HMA: 21/06 ADM UTI: 21/06

Paciente admitida no POI de correção de fx exposta de mmii por trauma
Paciente vítima de atropelamento por carro de passeio, admitida no serviço com fratura exposta de mmii. Foi feito TAC de crânio, coluna cervical e tórax sem lesões(sic) e demais radiografias mostraram lesão de acetábulo esquerdo e fratura de ossos de ambas as pernas.
Chega na UTI extubada, acompanhada de médico anestesista, com acesso periférico, sem SVD e sem SNE.

EXAME FÍSICO

GERAL: EGregular, consciente e orientada, afebril ao toque, com PA estável.

ACV: RCR em 2T, BNF s/s FC: 94 bpm. PA: 120x60 mmHg

AR: MV+ em AHT, s/RA. SO2: 96% em AA

ABD: flácido, depressível, indolor a palpação, RHA presentes

EXT: frias e mal perfundidas

HD:

1. POI (21/06) de lavagem e debridamento de fx exposta + fixador externo transarticular em perna esquerda + fixador externo linear em perna direita
2. Fx exposta de mmii sec a trauma

CONDUTA:

1. Solicito exames admissionais, culturas e radiografia de tórax
2. Mantenho ATbterapia com clinda e genta
3. Gasometria com PH: 7,09 / PCO2: 35 / PO2: 89 lac: 9,5 / bic: 10,6 / BE: -19,2 → Início expansão volêmica vigorosa
4. Solicito passagem de SVD



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

Leito 26

AVC1: AVP D AVC2: D TOT/TQT: X D PAI X D

Admissão

4. _____ D _____

Dita zero

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2019

12 FEB 2000
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. 7
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

UTI 3 - ADULTO

PACIENTE Paula Fernandes de Silva

Data: 22/06/17 NOTURNO

Dados de enfermagem:

PA: (110/70) () estavel # FC: (90) () estavel # HGT: () () estavel # Distúrbio: () sim; (22) não
Balanço Hídrico: Ganhos - 1528 ml; Perdas - Diurese 225 ml () ml/h; Dialise: () ml;
Drenagem SNG: () ml; outros: () ml; A hídrico: +1303 ml.

Dados relevantes laboratoriais:

Antibióticos: 1. Clindamicina D 1 / 1 2. Centa D 1 / 1
3. () D () / () 4. () D () / ()

Geral: EGReg, consciente/orientado, hipocorado +/4+, AA cianose
extremidades

Sedação: (X) NÃO; () SIM; Despertar diário: (X) SIM; () NÃO;

Neurológico:

RAMSAY= () GLASGOW= () + () + () = ()

Cardiovascular: VRCD 27, BNF, us lis. PA: 103/64 FC: 93

Drogas Vasoativas: 1. () = () ml/h 2. () = () ml/h 3. () = () ml/h

Ventilação: (X) Espontânea; () PS; () PCV; () VCV; () outro; PEEP () cmH2O; FIO2 () %; SaO2: 95 %

Respiratório: MV+, abdo em fase E, Fe 17 Cateter O2 6l/min

Abdome: plano, RHA+, timpânico, sl VMG

Dieta: (X) Oral; () SNE; () Gastrostomia; () Parenteral; () Zero: () Kcal/Kg/di; () g prot/Kg/dia; () evacuação

Membros: pppp, edeme 3+/4+ MMII, cianose +/4+ MMSS

Outros:

Profilaxia p/TVP: () sim; () não; SVD: () sim; () não; Decúbito > 30°: () sim; () não; Úlcera de pressão: () sim; () não

Impressão clínica: ()

Conduta: 1) Oxímetro sem lactato 2) Rx 1000 ml SRL para
análise de urina.

Renata Bacurau
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL C
BOA VISTA - RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

01 MAR 2019

UTI - ADULTO

Leito 26 Registro 40955

Data: 23/6/17 Hora: Noite

PACIENTE João Leonardo de Jesus, 32 anos - M - 329.089

AVC 1: D AVC 2: D TOT/TQT: D PAI D Dren Torác D E

Dados de enfermagem:

#PAI: ↑: ↓: estável #FC: ↑: ↓: estável #HGT: ↑: ↓: estável #Distermia: () sim: (X) não

ΔH: Ganhos ml; Diurese ml (ml/h); Diálise: ml, SNG: ml; Drenos: ml;

Outros: ml; () Evacuação (aspecto:) : Δhidrico: ml. Acumulado: ml

ATB: 1. Clotrimazol 2.5g/dia D 23-06/ 2. Gentamicina 240mg/dia D 23-06/
3. D 4. D

Geral: paciente acordado, orientado, calmo, hidratado, mucosas úmidas, sem dispnéia ou cianose, AHA de 2º grau, sem edema
em repouso, sem dor, sem náusea, sem vômito.

Sedo-analgésia: 1. = ml/h 2. = ml/h 3. = ml/h

Despertar diário: () SIM; () NÃO; RAMSAY = RASS: GLASGOW = AO 4 + RV 5 + RM 6 = 25

Cardiovascular: ECG normal, HAT 83 - sem perfusão FC: 91 PA: 112/65

DVA: 1. = ml/h (mcg/kg/min) 2. = ml/h (mcg/kg/min)
3. = ml/h (mcg/kg/min) 4. = ml/h (mcg/kg/min)

Ventilação: () Esp: () PS: () PCV: () PRVC: () VNI: () outro: PEEP ; Δ ; Vti ml; FIO2 %; SatO2: 92 %

Respiratório: *VD 200 ml, PEEP 5 - Em suporte de 2º grau, 6L/min no respirador FR: 20

Abdome: 24 cm, 24 cm, 24 cm - sem dor, sem distensão

Dieta: () Oral; () SNE; () Gastro/jejunostomia; () Parenteral; () Zero; Kcal/Kg/dia; g prot/Kg/dia; gN/Kcal

Membros: Extremidades com perfusão adequada, sem edema, sem dor, sem alteração de cor, sem alteração de temperatura.

Outros: Exame físico de rotina, sem alterações. Apresentando sinais de desidratação.

Profilaxia p/TVP: (X) sim; () não; Profilaxia de LAMGD: () Sim; (X) não; SVD: (X) sim; () não

Decubito > 30º: () sim; () não; Úlcera de pressão: () sim; () não; Infectada: () sim; () não

Impressão clínica:

Conduta: 1 - Continuar com o plano de cuidados de enfermagem.
2 - Avaliar condutas de alta p/ enfermagem amanhã.

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2010

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

Dr. Daniel Lima
Médico
CRM - PE: 24.121

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Paula Fernanda da Silva REG: 104644

CLÍNICA: SOT ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
28/06/17 11:13	HD ① Fratura exposta de ossos da perna ⑤ + fratura de platô tibial ⑤ + fratura de acetábulo ⑤ ② PO (21/06) LC+DC + FE transarticular em perna ⑤ + FE linear em perna ⑤ ③ Relatou per atropelamento por carro 31/06/17. Em uso de: Clindamicina + Gentamicina > D1: 21/06/17 Queixas: dor à mobilização de mm's, refolia persistente. Ao exame: ECG, hidratada, hiperóxia (+/4+), eupneica, afébril, consciente e orientada. AR: muco em AHT SIRA PR: 20ipm ACV: RCR em AT BNF SFS FC 82 bpm AAD: Sem glabros plano, depressível, algo doloroso à palpação de HGE. Diurex: urina alaranjada em coletor de SVD (250 ml) TO: sem flegora, bom aspecto. CD: ① Solicito senha de urgência pl/ transfêrencia para avaliação de Neurocirurgia. TAC de crânio 21/06/17: Hematoma subdural agudo frontotemporal à esquerda + áreas de HSA. Senha: 5199256 - HR

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
07 MAR 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-070
RECIFE-PE

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 FEV 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-070
RECIFE-PE

Assinatura
Data
15/06/2017

Ficha de Cirurgia Descritiva

Arquivo de Cirurgia: 43557
Paciente: 104644
Convênio Atend: 1
Leito: 558
Dt. Início: 21/06/2017 14:20
Cirurgião: S622
Cof. Pós-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
PAULA FERNANDA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-05
Dt. Fim: 21/06/2017 16:40
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento: 384089
Carteira:
Idade: 31 Anos 23 Dias 16 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050500
Convênio: 001
Anestesia: 44

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Médica

CIRURGIÃO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DAS PERNAS DIR E FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIA ESQ + FRATURA DE METACARPO ESQ
INTERVENÇÃO: LC + DC + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM PERNA ESQ + FE LINEAR EM PERNA DIREITA
OPERADOR: DR ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIAR: DR MAURICIO MOREIRA
2º AUXILIAR: DR FRANCISCO ROSSI
3º AUXILIAR: DR MATHEUS PASSOS + DRA NAYANA ADOUR
INSTRUMENTADOR: MARCIA
ANESTESISTA: DR JULIO MAIA
ANESTESIA: GERAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DOS MMII
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO COM EXPOSIÇÃO OSSEA EM FACE POSTERO-MEDIAL DE PERNA DIREITA COM CERCA DE 3 CM
5. POSTERIOR DE PERNA ESQUERDA COM CERCA DE 5 CM
6. AMPLIADO INCISÃO E FEITO DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS
7. LAVAGEM EXAUSTIVA E LIMPEZA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0,9% 10.000ML DE AMBOS OS MMII
8. APLICADO FIXADOR EXTERNO LINEAR COM 02 BARRAS EM PERNA DIREITA SOB ESCÓPIA
9. SUTURA COM NYLON 2-0 DO FOCO DE EXPOSIÇÃO DA PERNA DIR
10. APLICADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM MESAQ SOB ESCÓPIA
11. LAVAGEM EXAUSTIVA E LIMPEZA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0,9%
12. SUTURA COM NYLON 2-0 DO FOCO DE EXPOSIÇÃO DA PERNA ESQ
13. CURATIVO APÓS VERIFICADO PERFUSÃO DISTAL

OBS: OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL DOS MMII, POIS ENCONTRAVAM-SE DIMINUIDOS (LENTIFICADOS) ANTES E APÓS FIXAÇÃO EXTERNA DOS MMII

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

PATURADO
04/03/19
CLAUDEVAI SOUSA
FATURISTA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
DR(A): ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM: 19797 RECIFE-PE

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: PAULA FERNANDA DA SILVA REG: 104644

IDADE: 21/2 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 30/6/2017 DATA DA ALTA 19/07/17

DIAGNÓSTICO:

Fx dos ossos da perna lateral
Fx da acetábulo PE.

TRATAMENTO REALIZADO:

oss c) placa e parafusos

rtu comissuras p/ fix de acetábulo

ORIENTAÇÃO:

- ativo domo
- tomar medicações prescritas
- Sentar. Não pitar.
- Reforço c/ 2 semanas.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM ☐ NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Dr. Igor Danilo de Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 22842

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-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	PAULA FERNANDA DA SILVA			6 - Nº Prontuário	104644
7 - Cartão Nacional de SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
998005169587052	29/11/1985	<input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA ANUNCIADA VITORINO			12 - Telefone de Contato	8194563641
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	969475702
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA AZULAO, 46 - AGAMENON MAGALHAES				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ARRU	260680	PE	53640020		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - Sinais e Sintomas Clínicos:
VITIMA DE ATROPELAMENTO HA 7 DIAS COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA, FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA, TIBIAL ESQUERDO E FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO. COLOCADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM MIE E LINEAR EM MID. FOI OPERADA PARA A VCR DO HR ONDE RECEBEU ALTA E RETORNA AO SERVIÇO HOJE COM AUTORIZAÇÃO DE DR. PETRUS.

21 - Condições que justificam a internação:
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial (Código):
FRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA E ESQUERDA FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQ FRATURA DE ACETÁBULO ESQ

24 - CID 10 Principal: S822

25 - CID 10 Secundário: Z000

26 - CID 10 Causas Associadas:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Tipo de Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

28 - Código do Procedimento:
0408050500

29 - Especialidade:
CIRÚRGICA

30 - Categoria de Atendimento:
2

31 - Documento:
☒ CNIS ☐ CPF

32 - Nº do Documento (CNIS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente:
980016278437633

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente:
SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação:
30/06/2017

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho):
Daniel Cabral 15339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - Tipo de Acidente: 36.1 - Acidente de Trânsito 36.2 - Acidente de Trabalho 36.3 - Acidente de Trabalho 36.4 - Violência contra a Previdência	37 - CNPJ Seguradora 38 - CNPJ Empresa 39 - CNPJ Empresa	40 - Nº Bilhete 41 - CNAE Empresa 42 - CBOR	43 - Série 44 - CBOR
--	--	---	-------------------------

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador:
46 - Cód. Grpção Emissor:
E280000001

47 - Documento:
48 - Nº do Documento (CNIS/CPF) do Profissional Autorizador:

49 - Data da Autorização:
50 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho):

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2017

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

Código do Laudo: 385243

MIGUEL ARRARES

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 385353

Usuário: LUISKNS

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULA FERNANDA DA SILVA

Idade: 31a 7m 1d

Sexo: F

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 104644

Data de Nascimento: 29/11/1985

Assinatura:

Escolaridade:

Telefone: 989475702

CEP: 53640020

C.P.F.:

Endereço: RUA AZULÃO

46 - AGAMENON MAGALHAES

- IGARASSU

- PE

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 1/7/2017 13:15

Plano: GERAL

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-08

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

Numero:

Estado civil:

Endereço:

Cidade:

Telefone:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 19/07/17

Hora da Alta:

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: boas condições

Diagnóstico Principal..... Ex osteo da punha bilateral + acetábulo E

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento..... on 1 placa + parafuso + amarração de acetábulo

Dr. Igor Dantas de Oliveira
Médico CRM: 22.842
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRARES bem como as intervenções médicas e cirúrgicas, 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.

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Em de 01 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Nome Paciente: PAULA FERNANDA DA SILVA
Cód. Paciente: 104644
Data de Nascimento: 29/11/1985
Sexo: Feminino
Idade: 31
Senha: 0011
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 385243
SAME: 92500



Período: 30/06/2017 12:01 - 30/06/2017 12:01
ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Localidade: NAO URGENTE - VERDE
VERDE

Exame Principal: - ANTIBIOTICOS1 - CEFALOTINA 1G EV 6/6H D1:21/06 D7:27/06 HELOISE
- ANTIBIOTICOS2 - CLINDAMICIN 600MG IV 6/6H D1:22/06 D28-22/07
GENTA 240MG IV 24/24H D1:22/06 D28-22/07(GIR MOD 25/06
PACIENTE VOLTA AO HOSPITAL APOS 4 DIAS DO PARECER DA NEURO PARA TERMINAR
CONDUTA NO NOSSO SERVIÇO COM QUEIXA DE TCE E POLITRAUMA, NEGA HAS DM E
ALERGIAS.
PACIENTE TRAZIDA DO HR COM CURATIVOS REALIZADO PELA ULTIMA VEZ DIA 28/06.

Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergias Atuais do Paciente:
Substância Observação
- ANTIBIOTICOS1 - CEFALOTINA 1G EV 6/6H D1:21/06 D7:27/06 HELOISE
- ANTIBIOTICOS2 - CLINDAMICIN 600MG IV 6/6H D1:22/06 D28-22/07
GENTA 240MG IV 24/24H D1:22/06 D28-22/07(GIR MOD 25/06

REVISADO
NEPI-HMA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

Acolhido(a) por: ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 30/06/2017 12:01

Idimento: 385243
Data e Hora: 30/06/2017 11:58

Senha da Classificação:

0011

Paciente: 104644 PAULA FERNANDA DA SILVA Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 29/11/1985 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: MARIA ANUNCIADA VITORINO Nome do Pai: JOSE ADRIANO DA SILVA CRM: 12346
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
Endereço: RUA AZULAO 48 Bairro: AGAMENON MAGALHAES
Cidade/UF: IGARASSU PE Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Observação:

Nr Documento Estrangeiro:

RESUMO DE TRATAMENTO

Hora: 14:26

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Queixa Principal

Presença de dor no ombro após trauma no MR (NCZ) com hipercintese
de A. Tração no MR 7 dias, com fratura da cabeça do fêmur (B) + (C)
e fratura da cabeça do fêmur (B)

Exame Físico

Extremidade superior direita: hipercintese +/+ , dor no ombro, dor no braço, dor no antebraço
e dor no punho. Extremidade superior esquerda: dor no ombro, dor no braço, dor no antebraço
e dor no punho. Extremidade inferior direita: dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé.
Extremidade inferior esquerda: dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé.

Hipótese Diagnóstico

- 1. Fratura da cabeça do fêmur (B) + (C)
- 2. Fratura da cabeça do fêmur (B)
- 3. Fratura da cabeça do fêmur (B)

Prescrição Médica

- 1. Vite Internamento

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C

Assinatura do Médico
RECIFE-PE

Daniel Cabral
12/06/2017

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência Senha: _____
() Transferido Para _____
() Encaminhado ao setor de internação

Ficha de Cirurgia Descritiva

Arco de Cirurgia: 43830
Paciente: 104644
Convênio Atend.: 1
Leito: 581
Dt. Início: 05/07/2017 18:02
Cid Pré-Operatório: A499
Cid Pós-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
PAULA FERNANDA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-08
Dt. Fim: 05/07/2017 19:02
INFECÇÃO BACTERIANA NÃO ESPECIFICADA

Atendimento: 365353
Carteira
Idade: 31 Anos 6 Dias 19 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0415040035
Convênio: 001
Anestesia: 05

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

IRURGIAO

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: INFECÇÃO DE TRAJETO DE PINOS DE FIXADOR EXTERNO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO
TIPO DE INTERVENÇÃO: REPOSIÇÃO DE PINOS DE FIXADOR EXTERNO
OPERADOR: DR HYGINO MARINHO
1º AUXILIAR: MARIANA CAVALCANTI (MR1)
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA
ANESTESISTA: DR JULIO

01. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
02. ASSEPSIA + ANTISSEPSE MID
03. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
04. RETIRADOS PINOS DISTAIS DE FIXADOR EXTERNO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO
05. DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS CIRCUNDANTES DO PINO
06. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0.9%
07. SUTURA COM NYLON 3-0.
08. COLOCADOS 2 NOVOS PINOS DISTALMENTE EM FACE ANTERIOR DA PERNA DIREITA
09. CURATIVO
10. OBSERVADA BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA DO MID
11. PROCEDIMENTO REALIZADO SOB CONTROLE RADIOLOGICO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 34973

DR(A): HYGINO JOSE PINTO MARINHO
CRM: 14859

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 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

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 43949
Paciente: 104644
Convênio Alend: 1
Leito: 58
Dt. Início: 12/07/2017 08:40
Cid Pré-Operatório: S827
Cid Pós-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
PAULA FERNANDA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-508-LEITO 002
Dt. Fim: 12/07/2017 10:30
FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA

Atendimento: 385353
Carteira:
Idade: 31 Anos 13 Dias 10 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0406050500
Convênio: 001
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR
BLOQUEADA
CIRURGIÃO: DR ANTONIO QUEIROZ
1º AUXÍLIO: PEDRO THIAGO LIMA (MR3)
2º AUXÍLIO: IGOR DANTAS (MR2)
ANESTESISTA: DR JÚLIO MAIA
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DA INTERVENÇÃO:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUI ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MID;
3. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE MID;
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MID;
5. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO DIREITO;
6. DISSECÇÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
7. ABERTO CANAL MEDULAR DA TÍBIA;
8. PASSADO FIO GUIA APOS REDUÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA;
9. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESAS Nº 8, 9 E 10;
10. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 9 X 34;
11. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS (40 E 45) E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS (35 E 40);
12. LIMPEZA COM SF 0,9%;
13. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
14. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL DO MEMBRO;
15. CURATIVO;
16. CONTROLE COM RX.

Achados Cirúrgicos:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2017

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

Descrição Complementar

Mariana Chavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 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

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 44006
Paciente: 104644
Convênio-Atend: 1
Leito: 58
Dt. Início: 15/07/2017 11:02
Cid Pré-Operatório: S827
Cid Pós-Operatório: S827

Sala: 0003 SALA 03
PAULA FERNANDA DA SILVA
SUS - INTERNAÇÃO
ORTL-508-LEITO 002
Dt. Fim: 15/07/2017 15:58
FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA
FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA

Atendimento: 385353
Carteira:
Idade: 31 Anos 16 Dias 17 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050500
Convênio: 001
Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNAÇÃO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

CIRURGIÃO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA OSSOS DA PERNA ESQUERDA
INTERVENÇÃO: OSTEOSINTESE COM PLACAS E PARAFUSOS
OPERADOR: DR. ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIAR: DR. THIAGO DOS ANJOS
2º AUXILIAR: DRA. MARILIA LIMA
3º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: DR. CLEITON
ANESTESIA: RAQUI

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS
SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO - CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO MEDIAL É DISTAL DE TÍBIA ESQUERDA, SENDO COLOCADA UMA PLACA DCP EM PONTE APOS REDUÇÃO DA FRATURA COM USO DE RX CONTROLE
5. INCISÃO LATERAL EM REGIÃO PROXIMAL DE TÍBIA ESQUERDA, SENDO COLOCADA UMA PLACA EM L APOS REDUÇÃO DA FRATURA COM USO DE RX CONTROLE
6. INCISÃO LATERAL EM JOELHO ESQUERDO, IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA EM ESPINHA TIBIAL REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO CANULADO E CONTROLE COM RX (USAR CANULADO INTRACOMPRIMÍVEL)
7. SUTURA POR PLANOS
8. CURATIVO

Risco Cirúrgico:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE DOS OSSOS DA PERNA ESQ (GII)
CIRURGIA: OSTEOSINTESE COM HASTE INTR

Achados Cirúrgicos: 05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Rua da Aurora, 1105 - JARDIM METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENÇAR
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Descrição Complementar

Maria Fátima Gomes
Coordenadora Geral
05/07/2017

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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

12 FEV 2012
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

02/02/2014

#505#

AD ① Fratura isolada do osso da perna ①

② Fratura dos ossos da perna ②

③ Fratura do fêmur bilateral ③

④ Fratura do fêmur bilateral ④

Lesão atingindo fixador externo linear em mit
e fixador externo hexacilindrico em mit, de dim
ensões hexadimensionais em que não

lesão em fêm, Alcantara, quadrado, hexadimensional
hexadimensional, lesão no fêmur 2 no fêmur

CD. Aguardo nova programação cirúrgica


Mariana Calvalcanti
Médico
CRM-PE 24973

02/02/14

#507#

CD. #MD: as mesmas

Paciente segue estável, sem queixas no momento.

ECG, labs, en, ind, cor, exp.

#CD. Aguardo procedimento cirúrgico.

Mariana Calvalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

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



MIGUEL ARRAES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Paulo Fernando da Silva REG: 474944
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	# SOT #	31 anos, ♀
04/07/17	1 HD: 1 Fx. aberta de OTO da perna (D)	
	2 Fx. de OTO da perna (E)	
	3 Fx. de OTO da perna (E)	
	4 Fx. de OTO da perna (E)	
Paciente com fratura exposta em MIO e fratura de OTO da perna (D) e (E) no momento sem queixas, refere apenas dor de cabeça mas sente que não pode dormir devido a dor de cabeça.		
Ao exame: B.R. exp. consciente, orientada, hidratada, normotensa, normofrequente.		
Exame físico: hemodinamicamente estável.		
- CO 1. Sinais de desidratação de grau I.		
2. Sinais de desidratação de grau II.		
3. Sinais de desidratação de grau III (provavelmente não).		

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 FEV 2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Bela Vista - CEP 50060-010
RECIFE-PE

Dr. Thiago Vitorino Farias
CRM 17.128

DATA/HORA	# SOT #	31 anos, ♀
04/07/17	1 HD: 1 Fx. aberta de OTO da perna (D)	(5) Infecção de OTO da perna (D)
	2 Fx. de OTO da perna (E)	
	3 Fx. de OTO da perna (E)	
	4 Fx. de OTO da perna (E)	
Paciente com fratura exposta em MIO e fratura de OTO da perna (D) e (E) no momento sem queixas, refere dor de cabeça mas sente que não pode dormir devido a dor de cabeça.		
Ao exame: B.R. exp. consciente, orientada, hidratada, normotensa, normofrequente.		
Exame físico: hemodinamicamente estável.		

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
01 MAR 2018
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Bela Vista - CEP 50060-010
RECIFE-PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Paula Fernanda da Silva

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

REG:

LEITO:

DATA/HORA	
04/03/17	CD 1 Aguardo abordagem médica para dano ungueal
	<i>De Thais...</i>
06/07/17	#SC1#
7h	#MD: 1º DPO de reposicionamento de FE de pério
	(D)
	Fratura exposta de ossos da perna (D)
	Fratura de ossos da perna (E), distais (E)
	Fratura de acetábulo (E)
	Em uso: ceftriaxona + vanice (D=05/07)
	Paciente segue estável, sem queixas no momento.
	Ao exame: E.C.B, cons, on, hiper (+/4+) hied, sup.
	FE: bem inspec, sem plegose, sem sinais de infecção patológica
	#CD mantendo ATB
	Aguarda melhora de partes moles p/ procedimento definitivo

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
01 MAR 2017

Mariana Cavalcanti
Médica
CRM/PE 22973

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 FEV 2017

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

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

Atendimento: 385353
Dt Atendimento: 01/07/2017 - 13:15
Dt Alta: 19/07/2017 - 15:47

Paciente: 104644 PAULA FERNANDA DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 58 ORTL-508-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: THIAGOCMA

CID:

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

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 MAR 2019

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 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

DR. EUDENILSON J.M. LINS
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA



RECEITUÁRIO MÉDICO

Ins Paula Ferreira da Silva

LAUDO

*Paciente Político
utilizada para a
2017 por pequenos bens
dos membros superiores
com lesões por
isto a manobra repun-
ta incorp de peças
e técnicas laborais.
CID 582.9 M255
532.4*

Dr. Macedo Lins
Trauma-Ortopedia
CRM-10558

28/2/19

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

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