



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl.302 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

Rua da Aurora, N° 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

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, 51-902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2019

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

DECLARAÇÃO

EU PAULA FERNANDA DA SILVA, MORADORA, NA TV. JOAQUIM NABU
Nº 4, TIMBO, ABRUE LIMA - PE, PORTADORA DO CPF: 088.894.134-1
E RG. 7.246.636. SOLICITO A SEGUROADORA LIDER UM REANALISE
NO MEU PROCESSO, TENDO EM VISTA NÃO ACEITAR O RESULTADO
DA MINHA PERICIA MEDICA REALIZADO NO ULTIMO DIA 21, PELO
"DR. IULIANO", NA RUA DO HOSPÍCIO 133, RECIFE. PÉ QUE NÃO
CONSTATOU EM MIM UM VITIMA DE ATROPELAMENTO COM FRATURA
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
REANALISE SEJA FEITO, PRA QUE EU EVITE PROCURAR
O MINISTÉRIO PÚBLICO CONTRA O "PROFISSIONAL" MEDICO
QUE FEZ MINHA PERICIA E NÃO PRECISAR AÇÃOPEAR A
JUSTIÇA EM BUSCA DOS MEUS DIREITOS.

SEGUE COM ESTA CARTA UM LAUDO MEDICO.

ABREU E LIMA 28 DE FEVEREIRO DE 2019

+ Paula Fernanda da Silva

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 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

Valorização 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: 7 246.636 CPF: 088.894.134-09

Endereço: TV. JOAQUIM NABUCO N° 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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2019

Cartório
Alfredo Marinho

Paula Fernanda da Silva

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade) Rua da Aurora, N° 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Cartório Alfredo Mariano TABELOMATO DE NOTAS E PROTESTO
CRL ALFREDO MARIANO DE ABREU E LIMA/PE - Faz. C/ Cadeado - Centro - LIMA/PE
CNPJ: 23.555.028/0001-17 - Fone: (81) 3223-1222 - E-mail: alfredomariano@bol.com.br

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


JOÃO VANNÉY SOBRINHO - Escrivão

Selo Digital 0150607.CGX02201901 01273



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/FF/SC

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: PAULA FERNANDA DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Est. Civil: SOLTEIRA

Identidade: 7.246.636 CPF: 088.894.134-09

Endereço: 5º TRAV. 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

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

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL C

Baixa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade) Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL C

Rua Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
Av. Presidente Vargas, 1100 - Centro - 56010-000 - Belo Horizonte - MG - Fone: (31) 3222-1070 - Telefax: (31) 3222-1072 - E-mail: cartorioalfredo@bol.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de PAULA
FERNANDES DA SILVA Abreu e Lima/PE 06/02/2019
11-44 53 em testemunho da verdade. Emolumentos:
R\$ 3,00 - TSNR R\$ 0,80 Total: 4,80 RC-2-71473



JOÃO VIANNEY SOBRINHO - Escrivão
Data Digital 0150507-CGX02201801.01272



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
01.812.77-9
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Bela Vista - CEP 50.060-010

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 FEV 2019
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Bela Vista - CEP 50.060-010
REC/AT-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076157/19

Vítima: PAULA FERNANDA DA SILVA

CPF: 088.894.134-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/06/2017

Titular do CPF: PAULA FERNANDA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

INALDO BAIXA DE PONTES

Steffany Caroliny Lins Veloso

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051269/19

Vítima: PAULA FERNANDA DA SILVA

CPF: 088.894.134-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/06/2017

Titular do CPF: PAULA FERNANDA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

INALDO BAIXA DE PONTES

Steffany Caroliny Lins Veloso

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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



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	JO LAR
Endereço	Número	Complemento
TRV. JOAQUIM MARUO	4	
Bairro	Estado	CEP
TIMBÓ	PE	53520-174
Email	Telefone (DDD) 9.9429-0363 (RJ)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> REUSO 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (037) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

CONTA

0678

DNV

72.917

DN

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

MMO

AGÊNCIA

DN

CONTA

DN

DN

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

ABREU ELIMA, 11 de FEVEREIRO de 2019

Local e Data

12 FEB 2019

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

X Paula Fernanda da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 | 820 | AUTO ATENDIMENTO | 08/02/2019

-->/ EXTRATO ALÉM DO PERÍODO INFORMADO, INFORME AS DATAS | EXTRATO DE POUPANÇA

AGL: 0618 CIDADE UNIVERSITARIA OPER: 013 CONTA: 72.917-4 PAG: 001

PERÍODO: 08022019 ATÉ: 08022019 CPF: 088.894.134-09

NAME: PAULA FERNANDA DA SILVA VLR. BLOQ. JUD.: 1 0,00

DATA MOV	Nº DOC HISTÓRICO	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	SALDO EM 07/02/2019	R\$ 0,00
F1 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	E7 VOLTAR PAG.	H9BS0005
		F8 AVANCAR PAG.	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 Seuário 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

Endereço

TRV. JOAQUIM MARCOS

Bairro

TIMBÓ

Cidade

ABREU E LIMA

CPF titular da conta
088.894.134-09

Número

4

Estado

PE

Profissão
JO LAR

Complemento

CEP

53520-174

Telefone (DDD)

9.9929-0363 (81)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (257) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

RG

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

0638

72.917

(Informar dígito se existir)

4

(Informar dígito se existir)

RG

(Informar dígito se existir)

RG

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

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

ABREU E LIMA, 11 de FEVEREIRO de 2019

Local e Data

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

PE - 50.060-010

Paula Fernanda da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | M70 | #20 | AUTO ATENDIMENTO | 08/02/2019
 EXTRATO ALÉM DO PERÍODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANÇA
 NCI: 0678 CIDADE UNIVERSITARIA OPER: 013 CONTA: 72.917-4 PAG: 001
 PERÍODO: 08022019 ATÉ: 08022019 CPF: 088.894.134-09
 NOME: PAULA FERNANDA DA SILVA VLR. BLO. JUD.: 0,00
 DATA MOV NR.DOC HISTÓRICO T A X A V A L O R S A L D O
 0,00

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	SALDO EM 07/02/2019	R\$ 0,00
F1 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F7 VOLTA PAG.	R\$850000,00
		F8 AVANÇAR PAG.	F10 FINALIZAR

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

12 FEB 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



09/01/2018 10:28

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 029ª CIRCUNSCRIÇÃO - IGARASSU -
DP29-CIRC DIM/B3-DESEC

029ª CIRCUNSCRIÇÃO - DELEGACIA DE IGARASSU
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0119000101

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/01/2018 às 10:28

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuidoso (Consumado) que aconteceu no dia 21/8/2017 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA BR-101, KM 41, FÁBRICA ONDUNORTE - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo à 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)

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEVEREIRO

Rua da Aurora, N.º 175, SL.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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 Nm. MARIA ANUNCIADA VITORINO P/ José ADRIANO DA SILVA Data de Nascimento: 20/01/1986
Naturalidade: IGARASSU / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 7248836/SDS/PE (RG).
03288413468 (CPF) Estado Civil: AMASCIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: DOLAR Telefones Celulares:
- 988488416

Endereço Residencial: RUA AZULAO, 28 - CEP: 50 - Bairro: AGAMENON MAGALHÃES
IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

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

VEICULO (VEICULO) 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:
Nº: Quantidade: 1 (UNIDADE)

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA QUE QUANDO ESTAVA ATREVENDO 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° 2817APHE01625 DIV.OP., AO HOSPITAL MIGUEL ARRAES, (PRONTUÁRIO N° 1946444) POR VOLTA DAS 04:00 HORAS, ONDE RECEDEU CUIDADOS MÉDICOS E TEVE ALTA NO DIA 19/07/2017. NADA MAIS A REGISTRAR, ENDESSO O PRESENTE.

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

Paula Fernanda da Silveira
PAULA FERNANDA DA SILVA
(VITIMA)

PF

S.O. registrado por: VALMIR LIRA AMORIM - MAT. 2817APHE01625



05.802.494/0001-41
TRACÃO 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
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

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 FERUANDA DA SILVA

CPF da Vítima

088.894.134-07

Data do Acidente

21.06.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

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:

Assinale uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 envio 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 curas da Seguradora Lider 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
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

12 FEVEREIRO 2019

ABACU 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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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
Email	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 atende 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 usinas da Seguradora Lider 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 disconcorde 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
Ana Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019
Bona 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

C E R T I D Ã O

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 desse certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbmpe.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, S. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

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

Posição em 17/10/2017

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

*A autenticidade dessa certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pernambuco.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



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



2023 RELEASE UNDER E.O. 14176

TRABAJOS
DE SEGUROS LTDA

5.802-4947
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C.
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE



24000 *Arabidopsis*

MARINA SILVA DO NASCIMENTO

© 2007 by Pearson Education, Inc.

第二部分 例文

卷之三

第10章

卷之三

www.bu.edu/.../boston...

018428847 018428847
018428847 018428847

15/09/2018 09/07/2018

Consumo Alimentar

2012 PYRHS	2013 PYRHS	VALUATION
SL000000	SL000000	10.2

同上，第326页。

160

Tumor Type	Percentage (%)
Astrocytoma	~75
Oligodendroglioma	~10
Glioblastoma	~10
Ependymoma	~5
Meningioma	~5
Metastasis	~5

These contributions are meant to complement and enrich the work of the other invited speakers on topics in the interface between the theory of the structure of complex networks and the applications of network theory to real-world problems. Please, visit the website <http://www.sissa.it/~magnani/ComplexNetworks2010.html> for further information.

2010					2011		
Revenue (in \$ mil. BILLIONS)	Profit (in \$ mil. BILLIONS)	EPS	EPS (in \$)	EPS (in \$)	Revenue (in \$ mil. BILLIONS)	Profit (in \$ mil. BILLIONS)	EPS
1,460 (120)	112.0	0.78	Value in billions. EPS is based on diluted shares of 1,452,320.	0.77	225	96.2	0.43
1,460	112.0	0.78		0.77	225	96.2	0.43
1,460	112.0	0.78		0.77	225	96.2	0.43

DATA EMISSAO 15/06/2018 TOTAL A PAGAR 000 16,96

83830000000-4 16990011004-3 01298803610-0 13544830153-8



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA.

0.1 WLR 259

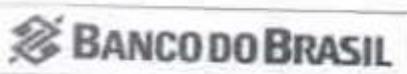
0.1 WLR 2519

Rua da Aurora, nº 175, 51.902-810
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902-810
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



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 FEB 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 reasseguro.

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

Pelo exposto, eu VALAD RUIA 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 N° 088.894.134, 09, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PAULA FERNANDA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o N° 088.894.134, 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Não Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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		Número	Complemento
50 trav. JOAQUIM NABUCO		4	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
JOIMBÓ	ABREU & LIMA	PE	53520-174
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		(81) 9459-0363	

ABREU & LIMA, 11 de FEVEREIRO de 2019 05.802.494/0001-41
 Local e Data

TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

Assinatura do Declarante

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 reaseguro.

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 INVALDO RUIA 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: RECLUSO - ME Renda: RECLUSO - ME e apresento os documentos comprobatórios:
RECLUSO - ME

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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		Número	Complemento
<u>52 TRAV. JOAQUIM NABUCO</u>		<u>4</u>	
<u>TRIBO</u>	<u>Cidade</u>	<u>Estado</u>	<u>CEP</u>
	<u>ABREU E LIMA</u>	<u>PE</u>	<u>53520-174</u>
		<u>Telefone comercial (DDD)</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u>
		<u>(81) 9 9429-0863</u>	

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Local e Data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

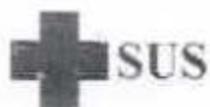
12 FEB 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
05001-000 - RECIFE - PE CEP 50.060-010

RECIFE-PE

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

Assinatura do Declarante



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES
		5431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES
		5431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Promocional		
PAULA FERNANDA DA SILVA	104544		
7 - Centro Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
8580015169887002	28/11/1985	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda
11 - Nome da Mãe			10.1 - Etnia
MARIA ANUNCIADA VITORINO			0000 - Não Se Aplica
13 - Nome Responsável			12 - Telefone de Contato
IGNORADO			8194563541
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)			14 - Telefone de Contato
RUA AZULAO, 46 - AGAMENON MAGALHAES			31313131
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
IGARASSU	260580	PE	53640020

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sintomas e Sintomas Clínicos	21 - Sintomas que justificam a internação		
F - INTÉ VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HÁ +/- 5 HORAS COM DOR EM AMBOS MM E QUADRIL ESQUERDO. RADIOGRAFIA EVIDENCIÁ FRATURA DE 1 DE AMBAS AS PERNAS E FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO.			

22 - Considerações que confirmam a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

24 - 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	8622	W189 V039	0415.03.001.3

PROCEDIMENTO SOLICITADO						28 - Código do Procedimento
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESÃO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBULA						0408050225
29 - Especialidade	30 - Carter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente			
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF	980016000814998			
33 - Profissional: Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Câmbio (Nº de Registro no Conselho)			
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE		21/06/2017	Daniel Cabral Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 24.031			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
36 - () Acidente de Trânsito	36 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Sirene	41 - Série		
37 - () Acidente de Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR		
38 - () Acidente de Trabalho Trajetos					
45 - Vinculo com a Previdência					
() Empregador	() Empregado	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO					
46 - Nome do Profissional Autorizado	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº de Autorização da Internação Hospitalar (AIH)			
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado	E260530001			
() CNS () CPF					

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Câmbio (Nº Registro no Conselho)	52 - AIH
05.802.494/0001-91		261710088939-2

12 FEB 2018

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

Código do Laudo: 384016

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 384089

Usuário: JOSAFAXA



Rua Estrada da Fazendinha, 5/N
Jaqueribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

MIGUEL ARRAES

DADOS DO PACIENTE

Paciente: PAULA FERNANDA DA SILVA

Idade: 31a 6m 22d

Sexo: F

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 104644

Data de Nascimento: 29/11/1985

Escolaridade:

RG.: C.P.F. : , 46

Telefone:

AGAMENON MAGALHAES

CEP: 53640020

Endereço: RUA AZULÃO - PE

CEP.: 53.400 - 000

Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-05

Médico Internação: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

RG.:

FATURADO

04/107/17
CLAUDEIAN SOUZA
ATURINTA
E

Endereço:

Numero:

Nome:

Estado civil:

Cidade:

Data de Alta: 26/06/17

Hora da Alta: _____

Motivo: Melhorado A Pedido

Transferência

Óbito

Evasão

Condições de Alta: TCE

Diagnóstico Principal.....: Fract. exposta da omoplata proximal (0) - fratura

metatarso distal (0) - fratura

Diagnóstico Secundário01.: acetabulo E

Diagnóstico Secundário02.: TCE

Pr. edimento.....: TCE + PR + PR

21. Tremor profundo (0)

REVISADO
CCIH - HM.

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 901 B/C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/CE/PE

Médico e CRM:

Rolima 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, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se tornarem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

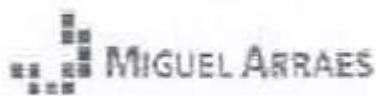
Em 21 de JUNHO de 17

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

é SEM CONVOCACAO DE ASSISTENTE SEM ACOMPANHAMENTO



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO



Instituto de Medicina do Pernambuco

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Paula Fernanda da Silva REG: 109644
IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 21/06/12 DATA DA ALTA 26/06/14
DIAGNÓSTICO: Poliartrite.

TRATAMENTO REALIZADO:

FF Transtuzumab em MIG
IFR bônus em MJD

ORIENTAÇÃO:

Procurar transferir P/ neurocirurgião
do Hospital da Restauração

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM NÃO
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEVEREIRO 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE

Dra. Rosângela
Médica
CRM-PE 15.483

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO 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

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

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

EMERGENCIA VERMELHO

VERMELHO

Prioridade:

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

Curvação:

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:

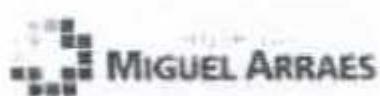
- SACR - REGUA DE DOR: 10
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 12

REVISADO
NEPI-HMA

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 FEVEREIRO
Rua da Aurora, nº 375, 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



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 + 5 HORAS COM DOR EM AMBOS MMII E QUADRIL ESQUERDO. RADIOGRAFIA EVIDENCIADA FRATURA DE OSOS DE AMBAS AS PERNAS E FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO.
ALERG-	EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO AFEBRIL
	EX. FÍSICO:
	A - VIAS AEREAIS PERTURBADAS
	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: (Nº de protocolo) 14 Bloco
	<i>Daniel Cabral</i> CRM/PE 24.831
	05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
	12 FEB 2013

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 B.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 acetabulo 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, deprimível, indolor a paipação. RHA presentes

EXT: írias 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. Mantendo ATterapia 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 volemica 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: NOTURNOAVC1 AVP D AVC2: _____ D TOT/TOT: X D PAI X D

Dados de enfermagem:

Admissão

PA: ()↑ ()↓ ()estável # FC: ()↑ ()↓ ()estável # HGT: ()↑ ()↓ ()estável # Disternia: ()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. Cervi 2. 23/06 3. Clinica 4. 23/06

3. _____ D / 4. _____ D /

Geral: EE grande, eupneica, ofegul, digo, hipotensiva, acianótica, anicténica.

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

Despertar diário: ()SIM ()NÃO; RAMSAY = _____ RASS: _____ GLASGOW = 4 + 5 + 6 = 15Cardiovascular: RER em 28, BvFS/5 FC: 90 PA: 100X61

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

Ventilação: X ()Esp. ()PS; ()PCV; ()PRVC; ()VNI; ()outro; PEEP _____; Δ _____; Vt _____ ml; FiO2 _____%; SatO2: _____%Respiratório: uVp em AAT S/RA FR: _____Abdome: depressível, flacidez, RHA+Dieta: ()Oral; ()SNE; ()Gastro/jejunostomia; ()Parenteral; X zero, _____ Kcal/Kg/dia, _____ g prot/Kg/dia, _____ gN/KcalMembros: Fixadores externos em UUII + CurativosOutros: Paciente admitida e/ RH = 7,0 e LAC = 9,5

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

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

Impressão clínica: Gastrite e/acidose metab. LAC = 9,5Conduta: pH = 7,30 Pco₂ = 24,1 Pa_{O₂} = 85,2 Sa_{O₂} = 94,9 Hb = 6,2BE = -14,6 HCO₃ = 12 IO = 405# Exaustão volêmica# Passar SVD# Vigilância# Dieta zero05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOPA
DE SEGUROS LTDA

12 FEVEREIRO 2019

RUA DA AURORA, N° 175, SL 902 BLOCO
BOA VISTA - CEP 50.000-010
RECIFE - PE

UTI 3 - ADULTO

PACIENTE Paulo Fernando da Silva Data: 22/06/17 NOTURNO

Dados de enfermagem:

PA: () estavel # FC: () estavel # HGT: () estavel # Distensão: () sim; () nãoBalancço Hídrico: Ganhos: 1528 ml; Perdas - Diurese: 225 ml (_____ ml/h); Dialise: _____ ml,Drenagem SNG: _____ ml; outros: _____ ml; Hídrico: +1303 ml.

Dados relevantes laboratoriais:

Antibióticos: 1. Clindamicina 0 1 / 2. Cefaz 0 1 /
3. _____ 0 / _____ 4. _____ 0 / _____Geral: EGR q, consciente / orientado, hipocorada +/4+, AA cianose extremidadeSedação: () NÃO; () SIM; Despertar diário: () SIM; () NÃO;

Neurológico:

RAMSAY = _____ GLASGOW = _____ + _____ + _____ = _____

Cardiovascular: VHR 87, BNP, 60 us. PA: 103/64 FC: 93

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

Ventilação: () Espontânea; () PS; () PCV; () VCV; () outro; PEEP _____ cmH2O; FIO2 _____ %; SaO2: 95 %Respiratório: MV +, abdução em fase E, F2 17. Cetetor O2 6 l/minAbdome: Urtigado, R.H.A +, tímpanico, s1 VMG.Dieta: () Oral; () SNE; () Gastrostomia; () Parenteral; () Zero: _____ Kcal/Kg/dia; _____ g prot/Kg/dia; () evacuaçãoMembros: ++/++/++/++, edema 3+14+ MMII, cianose +/4+ MMSS

Outros:

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

Impressão clínica: _____

Conduta: 1) Gasômetro SEM lactato 2) Rx 1000 ml SRL para analizar diurese.

Renata Recurso
20/06/201805.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEVEREIRO

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

MIGUEL ARRAES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Paula Fernanda da Silva REG: 104644

CLÍNICA: SOT ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA	DATA/HORA	DATA/HORA
25/06/17	10:50	27/06/17
11:18	Fratura exposta de espinhos da perna (D) + fratura de plato tibial (E) + fratura de acetabulo (E)	
	① PO (21/06) UC + DC + FE transarticular em perna (E) + FE linear em perna (D)	
	② Relâmpago por atropelamento por carro 21/06/17.	

Em uso de: Clindamicina + Gentamicina > DS: 21/06/17

Querida: dor à mobilização de mma, edema persistente.

Os exame: Ecog, hidrocefalia, hiperondade (++/4+), eupneica, afibril, consciente e orientado. NR: mm@ em AHT SIRA PR: 201pm ACV: RCR em AT: PNF SIS FC 82 bpm ABD: Sem globos pleno, depressível, algo doloroso à palpação de HCE. Diurex: urina alaranjada em coletor de SUD (250 ml).

+O: Sem flagos, bom aspecto.

05.802.494/0001-13
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEVEREIRO 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902-000
Boa Vista - CEP: 50.060-016
RECIFE/PE

OB: ① Solicito senha de urgência PI transferência para avaliação de neurocirurgia. TAC de crânio

21/06/17: Hematoma subdural agudo frontotemporal à esquerda + arestas de HSA. Senha: 5199256 + HR

Assinatura: Ademir
Data: 23/06/2019

Ficha de Cirurgia Descritiva

Ano de Cirurgia: 43557
Paciente: 104844
Convênio Atenção: 1
Leito: 658
Dt. Início: 21/06/2017 14:20
Dt. Fim: 21/06/2017 18:40
Cir. Pre-Operatório: S822
Cir. Pós-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
PAULA FERNANDA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-05
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento: 384089
Carteira:
Idade: 31 Anos 23 Dias 15 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 44 GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Médica

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 DIETABOLICO ESQ
INTERVENÇÃO: LC + DC + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM Perna ESQ + FE LINEAR EM Perna DIREITA
INTERVENÇÃO: DR ANTONIO QUEIROZ
DR AUXILIAR: DR MAURÍCIO MOREIRA
DR AUXILIAR: DR FRANCISCO ROSSI
DR AUXILIAR: DR MATHEUS PASSOS + DRA NAYANA ADOUR
INSTRUMENTADOR: MARCIA
ANESTESISTA: DR JULIO MAIA
ANESTESIA: GERAL

PELATO DE INTERVENÇÃO

- 1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2. ARSEPSIA + ANTISEPSIA DOS MMII
- 3. APOIAMENTO DE CAMPOS ESTEREIS
- 4. OBSERVADO FERIMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM FACE POSTERO-MEDIAL DE Perna DIREITA COM CERCA DE 20MM
- 5. INTERIOR DE Perna ESQUERDA COM CERCA DE 5 CM
- 6. AMPLIADO INCISAO 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 MMII 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 (LENITIFICADOS) ANTES E APÓS
TRACAO EXTERNA DOS MMII

Achados Cirúrgicos:

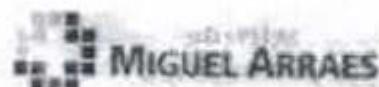
Descrição Complementar

FATURADO: 05.802.494/0001-41
04/07/17 TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
DRA DEIVANI SOUZA
PATRIMONISTA

12 FEV 2018

Rua da Aurora, N° 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 10/07/17

DIAGNÓSTICO:

Fractura omoplata esquerda
Fractura acromion PE.

TRATAMENTO REALIZADO:

05 c) placas e parafusos

170 conservador p/ Frac de acromion

ORIENTAÇÃO:

- evitando dores
- tomar medicamentos presentes
- Sente. Não pisa.
- Reforço a/2 semanas.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM NÃO

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

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

ASSINATURA DO MÉDICO, CÁRIMBO E CRM

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

RECIFEP



Lançamento para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		AT J805353	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2 - CNES	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431569	
		4 - CNES	
		6431569	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - Nome do Paciente PAULA FERNANDA DA SILVA				3 - Nº Prontuário 104644
4 - Cpf/Cnes do JUS	5 - Data de Nascimento 29/11/1985	6 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	7 - Raça/Cor 03 - Parda	8 - 10.1 - Elétrica 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe MARIA ANUNCIADA VITORINO				12 - Telefone de Contato 8194663641
13 - Nome Responsável IGNORADO				14 - Telefone de Contato 989475702
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro) RUA AZULAO, 46 - AGAMENON MAGALHÃES				
16 - Município ASSU	17 - SGE 280680	18 - UF PE	19 - CEP 53640020	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

4.1 VITIMA DE ATROPELAMENTO HA 7 DIAS COM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA, FRATURA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA, TIBIAL ESQUERDO E FRATURA DE ACETABULO ESQUERDO COLOCADO FIXADOR EXTERNO TRANBARTIGULAR EM MIE E LINEAR EM MID. FOI FERIDA PARA A NOITE DO HR ONDE RECEBEU ALTA E RETORNA AO SERVICO HOJE COM AUTORIZACAO DE DR. RISTINI.

21 - Circunstâncias que justificam a internação TRATAMENTO CIRÚRGICO	05.802.494/0001-41 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS ITAÚ	22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA	12 FEVEREIRO Rua da Aurora, nº 175 - 1º andar Boa Vista - CEP 50.060-010 M/F/FM
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 1/02/98

PROCEDIMENTO SOLICITARO

*Nº do Procedimento Solicitado		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - Código do Procedimento
		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA		0408050500
29 - Descrição	30 - Canker de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente	
CIRÚRGICA	2	(X) CNS <input type="checkbox"/> CPF	980016276437533	
33 - Nº do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Câmpico (Nº de Registro no Conselho)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAIS INTERNAS (INSCRIÇÃO DE FOLHA DE PAGAMENTO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
16 -	Acidente de Trânsito	39 - CNPJ / Seguradora	40 - N° Bichela	41 - Série
37 -	Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 -	Acid. Trabalho Trajetô			

45 - Vincenzo Comi e Puglisi

261710089997-4

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado
47 - Cod. Órgão Emissor
E260000001 261710089998-5

4) - Nome do Profissional Autorizado:

AIH
261710089997-4

261710089998-5

61710089999-6

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 385353

Usuário: LUISKNS

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULA FERNANDA DA SILVA

Idade: 315 Anos

Sexo: F

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 104644

ISSAÚ:

Escolaridade:

Data de Nascimento: 29/11/1985

C.P.F.:

Telefone: 989475702

CEP: 53640020

45 - AGAMENON MAGALHÃES

- IGARASSU

- PE

Endereço: RUA AZULÃO

Pré-Atendimento: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Ambulatório: SUS - INTERNACAO

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

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

R.G.:

Número:

Estado civil:

Nome:

Endereço:

Telefone:

Cidade:

050817
MIGUEL ARRAES

FATUMISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 11/07/17

Hora da Alta: _____

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: Boa condição

Diagnóstico Principal.....: Rx ossos da perna bilateral + acutâculo E

Diagnóstico Secundário01: _____

Diagnóstico Secundário02: _____

Procedimento.....: on 1 placat parafuso + canhula de acetâulo

Dr. Igor Dantas de Oliveira
Médico CRM: 22.842
05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

12 FEVEREIRO DE 2019

RUA DA ALEGRIA, N° 175, 51.900-000

RECIFE

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Ent. _____ de _____ de _____

Paula Fernanda da Silva

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

NOTA URGENTE - VERDE

VERDE

Substância: - 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.

Sintoma(s): TRAUMA
- DOR LEVE (1-3/10)

Discriminador(es): ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

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
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2013

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 B, C.
Bela 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

Página 1 de 1

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 do Pai: JOSE ADRIANO DA SILVA

Nome da Mãe: MARIA ANUNCIADA VITORINO

CRM: 12345

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Endereço: RUA AZULAO

46

Bairro: AGAMENON MAGALHAES

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Usuário Atendimento: MONICABSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nr Documento Estrangeiro:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso _____

Altura _____

Temperatura _____

Hora: 14:30

Queixa Principal

Presença paciente no Serviço após reto de HR (N(2)). Com N(2)ma
 Pd. Aumentando N(4) e N(5), com prurido com erupções da pele (1) + (2)
 e formigão na pele (3)

Exame Físico

Exame Físico: Hipotensão, hipotermia, hipertermia, prurido, urticária, conjuntivite
 N(2) - Fibras excretas urticárias - N(2) + F.E. Livres em N(2)

Hipótese Diagnóstica

Foi observado N(2) + (3)
 Prurido matinal (2)
 Foi visto tosse (3)

Escritório Médico

VISÃO INTERNA

Daniel Carvalho
 05/06/2018

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

12.FEV.2018

Rua da Aurora, 10175, 51.902 BL 1
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 DEF/FE/PE

Assinatura e Carimbo/Médico

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

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 43830
Paciente: 104644
Convenio Atend.: 1
Leito: 561
Dt. Inicio: 05/07/2017 18:02
Cid Pre-Operatório: A499
Cid Pós-Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
PAULA FERNANDA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-06
Dt. Fim: 05/07/2017 19:02
INFECCAO BACTERIANA NAO ESPECIFICADA

Atendimento: 385353
Carteira: Idade: 31 Anos 6 Dias 19 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

Convenio: 001
Anestesia: 05

SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO OPERATORIO: 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 JUJU

01. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
02. ASSEPSIA + ANTISEPSIA MID
03. APOSIÇÃO 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 PERNAS DIREITA
09. CURATIVO
10. OBSERVADA BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA DO MID
11. PROCEDIMENTO REALIZADO SOB CONTROLE RADIOLÓGICO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS

Descrição Complementar

Achados Cirúrgicos:

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

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

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2019

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

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 43949
Paciente: 104644
Convênio: 1
Leito: 58
Dt. Início: 12/07/2017 08:40
Cia Pré-Operatória: S827
Cia Pós-Operatória:
Procedimento: 0408050500
Convênio: 001
Anestesia: 05

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

Atendimento: 365353
Carteira:
Idade: 31 Anos 13 Dias 10 Horas

Procedimentos

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 PERNAS DIREITA
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR
BLOQUEADA
CIRURGIÃO: DR ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIO: PEDRO THIAGO LIMA (MR3)
2º AUXILIO: IGOR DANTAS (MR2)
ANESTESISTA: DR JULIO MAIA
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DA INTERVENÇÃO:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUI ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTSEPSIA DO MID;
3. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE MID;
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS EM MID;
5. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO DIREITO;
6. DISSEÇÃO 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 FRESCAS N° 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 (36 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.

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Descrição Complementar

Achados Cirúrgicos:

12 FEVEREIRO

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia	44006	Saia	0003	SALA 03
Paciente	104644	PAULA FERNANDA DA SILVA		
Convênio Atend.	1	SUS - INTERNACAO		
Leito	58	ORTL-508-LEITO 002		
Dt. Início	15/07/2017 11:02	Dt. Fim: 15/07/2017 15:58		
Cid Pre-Operatório	5827	FRATURAS MULTIPLAS DA PERNAS		
Cid Pos-Operatório	5827	FRATURAS MULTIPLAS DA PERNAS		

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

Procedimento: 0408050500
Convênio: 001
Anestesia: 05

Procedimento

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO
RAOJI ANESTESIA

Procedimentos

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição

Descrição Cirúrgica:

Descrição Cirúrgica :
DIAGNÓSTICO: FRATURA OSSOS DA PERNAS ESQUERDA
INTERVENÇÃO: OSTEOSINTSE 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

16. ATO DE INTERVENÇÃO - 17. ATO TÉCNICA - LIGADURAS

RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TEÓRICAS

...SINTESE MATERIAL EMPREGADO- C

SUTURA DRENAGEM - SINTESE:

- * PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 4. INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO MEDIAL E DISTAL DE TIBIA ESQUERDA, SENDO COLOCADA UMA PLACA DCP EM PONTE. APÓS REDUÇÃO DA FRATURA COM USO DE RX CONTROLE.
- 5. INCISÃO LATERAL EM REGIÃO PROXIMAL DE TIBIA ESQUERDO, 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 (Lateral Canulada. Protetor compõe a lesão)
- 7. SUTURA POR PLANOS
- 8. CURATIVO

Risco Cirúrgico

Risco Cirúrgico : **DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE DOS OSSOS DA PERNAS ESO (GII)**
CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE COM HASTE INTR

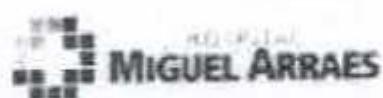
Resolução Complementar

Estudios Clínicos:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2 EFM 2019

E ALENCAR
RUA DA MONTA, Nº 375, 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 Cabral 05.802.494/0001-41 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 12 FEV 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE

02/02/2017

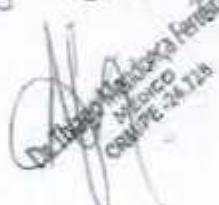
#505#

AG ① Fratura estola do osso do fêmur ①
② Fratura do osso do fêmur
③ Fratura de placa trânsito
④ Fratura de fêmur ④

Fratura aberta com fendas extensas em 1/3
+ Fratura interna transversal no mit, com
uma descolamento de 4 cm

Fratura em 1/3, aberto, com descolamento
de 4 cm, com descolamento de 4 cm

CD - Fratura nova faz 1 mês/60 dias


Dr. Mariana Catulcanti
CRM-PE 24.725

02/02/2017

#507#

CD - #HO: n: nenhuma

Paciente segue estabil, sem queixas no momento.

ECG, iress, exa, fund, cor, esp.

#CD: aguarda procedimento cirúrgico.

Mariana Catulcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24.725

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEVEREIRO 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BLC
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



MIGUEL ARRAES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Paula Pernambucana da Silveira
 CLÍNICA: _____ REG: 104644
 ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	INSCRIÇÃO	# SOT	Idade, gênero
09/03/18	10:00	8	31 anos, f
		• HD: 1. Fx exposta da crista dau perna (E)	
		2. Fx da crista dau perna (E)	
		3. Fx da patafisi (E)	
		4. Fx da sacroiliaca (E)	
		Paciente com histórico extenso da crista dau perna e sacroiliaca transarticular em MIE. No momento sono auxiliares, refere dor nas costas, dor lombar, dor lombar que vai de cima a baixo e dor de sacroiliaca. São dor aguda, constante, intensa. Dolorosa, anestesia, hidrocefalia, hidrocefalia parcialmente estabilizada.	
		• CP: 1. Sintese recuperando 50% de quadilíngue	
		2. Sintese das auxiliares	
		3. Apoio direcionado traseiro (parcialmente neg.)	
05.802.494/0001-93 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA			
12 FEB 2018			
	Rua da Aurora, 175 51.900 B.L.C Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE-PE		
		De Thiago Mendonça Ferreira Assistente de Enfermagem Data: 12/02/18	
09/03/18		# SOT #	31 anos, f
		• HD: 1. Fx exposta da crista dau perna (E) (5) Infecção da fratura 2. Fx da crista dau perna (E) da patafisi dau MIE	
		3. Fx da patafisi (E)	
		4. Fx da sacroiliaca (E)	
		Paciente com histórico extenso da crista dau perna e sacroiliaca transarticular em MIE. No momento sono auxiliares. Refere dor lombar, dor MIE.	
		• CP: 1. Sintese parcialmente estabilizada.	
		2. Sintese das auxiliares	
		3. Apoio direcionado traseiro (parcialmente neg.)	
		4. Exame: Ráres, sensível dor lombar, anestesia, dor lombar parcialmente estabilizada.	
		De Thiago Mendonça Ferreira Assistente de Enfermagem Data: 12/02/18	



PERNAMBUCO
ESTADO FEDERATIVO

MIGUEL ARRAES

01.02.2017

01.02.2017

Evolução Clínica

NOME: Paulo Fernandes da Silva

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

REG:
LEITO:

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
04/02/17	CD 1. Equívoco anatômico: inserção nojo, duração: 1 minuto. Assinatura: Dr. Miguel Arraes
06/02/17	7h ASCITIS HFHD: 1º DPO de reposicionamento da PE de joelho ① Fratura exposta dos ossos da perna (A) Fratura dos ossos da perna (B), chigoplatti (C) Fratura da acetábulo (E) Em uso: cefazidina + vanco (01-05/07) Paciente segue estável, sem queixas ou nemo- mento. Ao exame: E.G.B, cons, on, hiper(+/-), h.c., esp. FC: batimento, sem plenose, sem nódulos ou sinais patológicos. A CD mantendo a TB. Aguardando melhora da pérte para procedimen- to definitivo.
	Mariana Coimbra Médica CRM-PE/24973
	05.802.494/0001-11 TRAGÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 12 FEB 2017 Rua da Amoreira, N° 175, FL 902 BL C BON VISTA - CEP: 50030-010 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

Piano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: THIAGOCMA

CID:

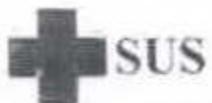
Procedimento de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
12 FEV 2013
Rua da Aurora, Nº 175, R. 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



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	AT-384087	2 - CNES	6431559
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES	6431559

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	PAULA FERNANDA DA SILVA			8 - Nº Prontuário	104644
Cartão Nacional do SUS	9 - Data de Nascimento	10 - Sexo	11 - Raça Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
898005169537092	29/11/1985	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	03 - Parda	
11 - Nome da Mãe	MARIA ANUNCIADA VITORINO			12 - Telefone de Contato	8194663541
12 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	31313131
13 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	RUA AZULAO, 46 - AGAMENON MAGALHAES			17 - IBGE	18 - UF
IGARASSU				260680	PE
				19 - CEP	
				53640020	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - Princípios, Sintomas e Sintomas Clínicos
P: "INTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR CARRO HA +/- 6 HORAS COM DOR EM AMBOS OS QUADRILS E QUADRIL ESQUERDO. RADIOGRAFIA EVIDENCIADA FRATURA DE AMBAS AS PERNAS E FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO.

21 - Critérios que justificam a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGURO LTDA

583115324

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA E ESQUERDA FRATURA
ACETÁBULO ESQUERDO

01410-000

24 - CID 10 Principal

S622

25 - CID 10 Secundário

W198

26 - CID 10 Causas Associadas

V039 0415030013

90-PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA / LESAO FISARIA DISTAL DA TIBIA C/ OU S/ FRATURA DA FIBUL.

28 - Código do Procedimento

0408050225

29 - Especialidade

CIRURGICA

30 - Caráter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS / () CPF

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

980018000814998

33 - Profissional Solicitante/Assistente

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

34 - Data de Solicitação

21/06/2017

35 - Assinatura e Cetim (Nº de Registro no Conselho)

Daniel Cabral 18863
Dra. Cabral / Traumatologa
CRM/PE 24.031

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 -) Acidente de Trânsito	36 - CNPJ / Seguradora	40 - Nº Bihete	41 - Série
37 -) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 -) Acid. Trabalho Itinerante			

45 - Vínculo com a Previdência

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado

47 - Cód. Órgão Emissor

E260000001

52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

(X) CNS / () CPF

50 - Data da Autorização

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA
DE SEGURO LTDA

AIH
261710088939-2

12 FEB 2019

Código do Laudo: 384016

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 384089

Usuário: JOSAFAXA



MIGUEL ARRAES

Rua Estrada da Fazendinha, 5/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP: 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

Paciente: PAULA FERNANDA DA SILVA

Idade: 31s 6m 22d

Sexo: F

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 104644

Data de Nascimento: 29/11/1985

Profissão:

R.G.:

Endereço: RUA AZULÃO

C.P.F.:

Escolaridade:

Telefone: 53640020

CEP: 53640020

- PE

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convenio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-05

Medico Internação: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 21/6/2017 10:40

Plano: GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

FATURADO

Endereço:

Cidade:

Estado civil:

fone:

04107111

CLAUDE VAN SOUTER

FATURADO

EP

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 26/06/17

Hora da Alta:

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: TCE

Diagnóstico Principal.....: Frat. exposto da ossa de punha (1) +
mão direita (2) - frut as

Diagnóstico Secundário01.: Fractura de tibia e fíbula

Diagnóstico Secundário02.: TCE

Edimento.....: TCE + DC + Fractura
de tibia e fíbula

Fractura de tibia e fíbula

REVISADA
CSH - HM.

05.802.494/0001-43
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2019

Rua da Aurora, nº 175, S. 90280-000
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Rejane Carla da Silva
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente **05.802.494/0001-43** mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos
intervenção cirúrgica, anestesia, 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

Rejane Carla da Silva
Rua da Aurora, nº 175, S. 90280-000
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

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

* Sem conhecimento de ASSINATURA E SEM ACORDO/ANUENCIA



PERNAMBUCO
ESTADO DO



MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina do Pernambuco
IMIP

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: Poliartrite.

TRATAMENTO REALIZADO:

FF Transfusão em MTE
IFC levado em MTD

ORIENTAÇÃO:

Refrigerar transfusão p/ reinfusão
dis. Hospital da Pernambuco

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM NÃO
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 1/1/13

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2013

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

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

01 MAR 2013

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

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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


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

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

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

EMERGENCIA VERMELHO

Prioridade: 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

Colaboração:

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boca Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE
01 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boca 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

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 EVIDENCIADA FRATURA DE OSSOS DE AMBAS AS PERNAS E FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO.
	EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO AFEBRIL
	EX. FÍSICO:
	A - VIAS AÉREAS PERTURBADAS
	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: (INTERVENÇÃO)
05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 01 MAR 2011	1º Bloco Daniel Cabral CRM/PE 24.031
	05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 12 FEB 2011

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

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 mmil por trauma. Paciente vítima de atropelamento por carro de passeio, admitida no serviço com fratura exposta de mmil. Foi feito TAC de crânio, coluna cervical e tórax sem lesões(sic) e demais radiografias mostraram lesão de acetáculo 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: flacido, 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 mmil sec a trauma

CONDUTA:

1. Solicito exames admissionais, culturas e radiografia de tórax
2. Mantendo ATbterapia com clinda e gantac
3. Gasometria com PH : 7,09 / PCO2: 35/ PO2: 89 lac: 9,5/ bic: 10,6/ BE: -19,2 → Início expansão volemica 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

UTI 3 - ADULTO

PACIENTE Paulo Fernando da Silva Data: 22/06/17 NOTURNO

Dados de enfermagem:

PA: () sim; () estavel # FC: () sim; () estavel # HGT: () sim; () estavel # Disternia: () sim; () não

Balanço Hídrico: Ganhos: 1528 ml; Perdas - Diurese: 225 ml (_____ ml/h); Dialise: _____ ml,Drenagem SNG: _____ ml; outros: _____ ml; Hídrico: +1303 ml.

Dados relevantes laboratoriais:

Antibióticos: 1. Clindamycin 0.1 / _____ 2. Cefuroxime 0.1 / _____
3. _____ / _____ 4. _____ / _____Geral: EGReq, consciente / orientado, hipocorante +/4+, AF cianose
extremidades

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

Neuroológico:

RAMSAY: _____ GLASGOW: _____ + _____ + _____ = _____

Cardiovascular: VRCU 21, BNP, 1015 PA: 103/64 FC: 93

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

Ventilação: () Espontânea; () PS; () PCV; () NCV; () outro; PEEP _____ cmH2O; FIO2 _____ %; SaO2: 95 %Respiratório: MV +, alveolo em fase E, Fr 17 Cetecor CO2 60/minAbdome: Plano, R.H.A +, tímpanico, si VMG

Dízia: () Oral; () SNE; () Gastrostomia; () Parenteral; () Zero: _____ Kcal/Kg/dia; _____ g prot/Kg/dia; () evacuação

Membros: edema +/4+ MMII, cianose +/4+ MMSS

Outros:

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

Impressão clínica:

Conduta: 1) Gasometro SEM lactato 2) Rx 1000 ml SRL para analizar de urina.

Renato Bacurau
Médico de plantão
08:00-20:0005.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEV 2019

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Paula Fernanda da Silveira REG: 104644

CLÍNICA: SOT ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA

28/06/17

6/07

9/07

11/13

① Fratura exposta de ossos da perna
+ fratura de plato tibial + fratura
de acetabulo
② PO (21/06) LC + DC + FE transarticular
em perna (E) + FE linear em perna (D)
③ Hemorragia por atropelamento por
carro 31/06/17.

Em uso de: Clindamicina +
Gentamicina → DS: 21/06/17

Querida: der a mobilização de mma.
Refluxo persistente.

AO: Ixame: Ecografia, hidratação, hipocloroada
(++/4+) eufnéica, afibril, consciente e orientada

NR: mma em AIT SIRA PR: 201pm

ACV: RCR em AT BNF SIS FC 82 bpm

ABD: Sem igofobia, plena, depressível,
algo doloroso à palpação de HCE.

Diurese: urina alaranjada em coletor
de SUD (250 ml)

TO: Sem fleiores, bom aspecto

CD: ① Solicito sentha de urgência p/
transferência para avaliação de
neurocirurgia. TAC de crânio

29/06/17: Hematoma subdural agudo
frontotemporal à esquerda + anêis
de HSA! Senta: 5199256 → HR

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

07 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-070
RECIFE-PE

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-070
RECIFE-PE

2019-06-29
10:30
10:30

Ficha de Cirurgia Descritiva

Nº do de Cirurgia: 42557
Paciente: 104544
Convênio Atend.: 1
Leito: 558
Dt. Início: 21/06/2017 14:20
Dt. Fim: 21/06/2017 16:40
O-Phi-Operador: 5522
O-Phi-Operador:

Sala: 0001 SALA 01
PAULA FERNANDA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-05
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 TIBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA COM REINALACAO

Equipe Médica

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 DIETÁRIO ESQ.
INTERVENÇÃO: LC + DC + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM Perna ESQ + FE LINEAR EM Perna DIREITA
OPERADOR: DR ANTONIO QUEIROZ
** AUXILIAR: DR MAURÍCIO MOREIRA
** AUXILIAR: DR FRANCISCO ROSSI
** AUXILIAR: DR MATHEUS PASSOS + DRA NAYANA ADOUR
INSTRUMENTADOR: MARCIA
ANESTESISTA: DR JULIO MAIA
ANESTESIA: GERAL

Relato de Intervenção

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA

- PESSESSA + ANTESSPESIA DOS MMII
- APÓSICAO DE CAMPOS ESTERIS
- OBSEVADO FERIMENTO COM EXPOSIÇÃO OSSEA EM FACE POSTERO-MEDIAL DE PERNAS DIREITA COM CERCA DE 1CM
- ESTERIOR DE PERNAS ESQUERDA COM CERCA DE 5 CM
- AMPLIADO INCISÃO E FEITO DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS
- LAVAGEM EXAUSTIVA E LIMPEZA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0,9% 10.000ML DE AMBOS OS MMII
- APLICADO FIXADOR EXTERNO LINEAR COM 02 BARRAS EM PERNAS DIREITA SOB ESCOPIA
- SUTURA COM NYLON 2-0 DO FOCO DE EXPOSIÇÃO DA PERNAS DIR
- APLICADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM MIESQ SOB ESCOPIA
- LAVAGEM EXAUSTIVA E LIMPEZA MECANOCIRÚRGICA COM SF 0,9%
- SUTURA COM NYLON 2-0 DO FOCO DE EXPOSIÇÃO DA PERNAS ESQ
- CURATIVO APÓS VERIFICADO PERFUSÃO DISTAL

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

Atendidos Cirúrgicos:

Descrição Complementar

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

04/06/17 05.802.494/0001-41
CLAUDIO VIAN SOUSA
MATEUS

12 FEV 2019
Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BLC
Bom Vida - CEP: 50.060-010
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BLC
DR(A): ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
CRM.: 19797
RECIFE-PE

C

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: PAULA FERNANDA DA SILVA REG: 104644

IDADE: 27/2 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 30/6/2017 DATA DA ALTA 19/07/17

DIAGNÓSTICO:

*Fr de ossos da perna b. lateral
Fr de acetábulos PE.*

TRATAMENTO REALIZADO:

os c) placa e parafusos

pto conservador p/ Fr de acetábulos

ORIENTAÇÃO:

- evitado dores
- tomar medicamentos presentes
- sentar. Não pitar.
- reforma a/2 semanas.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM NÃO

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 1/1/

Dr. Igor Dantas de Oliveira
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE: 22.542

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

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

RECIFE-PE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

12 FEB 2019

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

RECIFE



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	AT 380353	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário		
PAULA FERNANDA DA SILVA	104544		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
988005169587052	29/11/1988	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	10.1 - Etnia	12 - Telefone de Contato	0000 - Não Se Aplica
MARIA ANUNCIADA VITORINO			8194563641
12 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato		989475702
IGNORADO			
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
RUA AZULAO, 46 - AGAMENON MAGALHAES	180680	PE	53640020
16 - Município			
18SU			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Sintomas Clínicos	2 - Condições que justificam a Internação	3 - Tratamento Cirúrgico
		05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
		12 FEB 2010
		Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL C Boa Vista - CEP: 50.060-010
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário
FRATURA OSSOS DA PERNAS DIREITA E ESQUERDA FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQ FRATURA DE ACETÁBULO ESQ	S822	2000 1039
26 - CID 10 Causas Associadas		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

4 - do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	
50 - Visão de	30 - Catálogo de Abandono
CIRÚRGICA	2
31 - Documento (CNS / CPF)	
1 - do Profissional, Solicitante/Assistente	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	580016278437533
34 - Data da Solicitação	
35 - Assinatura e Cântimo (Nº de Registro no Conselho)	
Dante Cabral Ortopedista Traumatologista CRM 16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - Causa de Prevenção	37 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
PF - Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - Acid. Trabalho Típico			
39 - Vínculo com a Prevenção			
40 - Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Apos.			

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Orgão Emissor
	E280000001

48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Cântimo (Nº Registro do Conselho)
05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	2010/02/11 C. Cabral CRM 16339

01 MAR 2010

Código do Laudo: 385243

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

MIGUEL ARRAES

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 385353
Usuário: LUISKNS

DADOS DO PACIENTE

Entre: PAULA FERNANDA DA SILVA

De: 31a 7m 1d

Sexo: F

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 104644

ISSÃO:

Escolaridade:

Data de Nascimento: 29/11/1985

C.P.F.:

Telefone: 989475702

CEP: 53640020

Endereço: RUA AZULÃO

, 46 - AGAMENON MAGALHÃES

- IGARASSU - PE

rigem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Dados da Internação

onvênio: SUS - INTERNACAO

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

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

Spécie Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Plano: GERAL

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

Endereço:

Numero:

Telefone:

Cidade:

Estado civil:

030817
MIGUEL ARRAES

REVISADO
CGIH-HMA

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.....: Fracoura da punha bilateral + acutâculo E

Diagnóstico Secundário01: _____

Diagnóstico Secundário02: _____

Procedimento.....: on - placat para - + comecinho da acutâculo

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

Paula Fernanda da Silva
Assinatura e RG

12 FEB 2019

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

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

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Rua da Aurora, N° 175, S/ 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Ricardo Paula da Silva

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

Medicamento(s): VERDE

Princípio 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
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 FEB 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

Página 1 de 1

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 43830
Paciente: 104644
Convenio Atend.: 1
Leito: 581
Dt. Inicio: 05/07/2017 18:02
Cid Pre-Operatório: A499
Cid Pós-Operatório:

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

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

Procedimentos

Procedimento: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
Convenio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 06 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

CIRURGIAO

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 + ANTISSEPSIA 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 EXAUJSTIVA 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

Descrição Complementar

Achados Cirúrgicos:

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

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 34973

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 43949
Paciente: 104644
Convênio Atend.: 1
Leito: 58
Dt. Início: 12/07/2017 08:40
Cid Pre-Operatório: S827
Cid Pos-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 PERNAS

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

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 PERNAS DIREITA
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA
CIRURGIA: DR ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIO: PEDRO THIAGO LIMA (MR3)
2º AUXILIO: 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. FRESCAGEM DO CANAL MEDULAR COM FREASAS N° 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, N° 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Descrição Complementar

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica/Residente
CRM-PE 24973

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

Rua da Aurora, N° 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
Sala: 0003 SALA 03
Atendimento: 385353
Paciente: 104644
PAULA FERNANDA DA SILVA
Carteira:
Convênio: 1
SUS - INTERNACAO
Idade: 31 Anos 16 Dias 17 Horas
Leito: 58
ORTL-508-LEITO 002
Dt. Fim: 15/07/2017 15:58
Dt. Início: 15/07/2017 11:02
FRATURAS MULTIPLAS DA Perna
Cid Pre-Operatório: S827
FRATURAS MULTIPLAS DA Perna
Cid Pós-Operatório: S827

Procedimento: 0408050500
Convênio: 001
Anestesia: 05

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

Procedimentos

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

CIRURGIAO:

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA OSSOS DA Perna ESQUERDA
INTERVENÇÃO: OSTEOSÍTESE 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
ASSEPSIA + ANTISEPSIA
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO MEDIAL É DISTAL DE TIBIA ESQUERDA, SENDO COLOCADA UMA PLACA DCP EM PONTE APOS REDUÇÃO DA FRATURA COM USO DE RX CONTROLE
4. INCISÃO LATERAL EM REGIÃO PROXIMAL DE TIBIA ESQUERDA, SENDO COLOCADA UMA PLACA EM L APOS REDUÇÃO DA FRATURA COM USO DE RX CONTROLE
5. INCISÃO LATERAL EM JOELHO ESQUERDO, IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA EM ESPINHA TIBIAL, REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO CANULADO E CONTROLE COM RX (4,5 mm CANULADO - PROTOCOLO 41,12,12)
6. SUTURA POR PLANOS
7. CURATIVO

Medida 1 m 00 cm
Circunferência 1 m 00 cm
Data 05/07/2017

Risco Cirúrgico:

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

Descrição Complementar

Achados Cirúrgicos: 05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

12 FEB 2019

Rua da Aurora, HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCA
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, PLATÓ 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 PLATÓ TIBIAL ESQ FRATURA DE ACETÁBULO ESQ
	CD: INTERNAMENTO SOLICITO LAB
	<i>Daniel Cabral</i> 05.802.494/0001-41
	05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
	12 FEB 2019 Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 bl. C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE

01 MAR 2019
 05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

02/02/2017 #505#

AB ① Fratura exposta do osso do punho ①

② Fratura do osso do punho ①

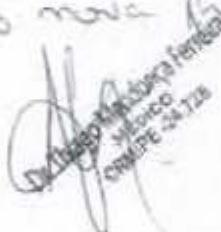
③ Fratura do dedo índice ①

④ Fratura de metacarpal ①

Verde a fratura exposta deixou limpa em 100%
Fratura exposta tratará com fixo, em gesso
estendido dorso-plantar, em quebra

Fratura em 100%, Alinhado, com 3 nárticos,
Anestesia, gesso, em Verde resistente e no trânsito

CD: Previsão nova cirurgia em 15 dias


Mariana Calalcanti
CRM-PE 24.728

02/02/2017

#507#

AB ① FHD: n: inúmeras

Favorece quebra óssea, com quebras no momento.

EGC, cors, en, trid, cor, esp.

ACD: Aguardo procedimento cirúrgico.

Mariana Calalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM-PE 24973

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

01 MAR 2019

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



PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

MIGUEL ÁRRAES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Fábio Fernandes da Silva REG: 404944
CLÍNICA: ENFERMAGEM: LEITO:

DATA/HORA	10/01/18	# SOT #	Blancos, ♀
	04/01/18		
	1. Hd: + Fx. subagudo de dor no pescoço (1)		
	2. Fx. de dor no pescoço (E)		
	3. Fx. de dor no pescoço (E)		
	4. Fx. de dor no pescoço (E)		
	Paciente com queixa dolorosa envolvendo o pescoço e tronco, descrevendo intensamente como MIE no momento semelhante, referiu apertar a dor de cabeça mais forte que sente desde o dia de ontem. Ao exame físico: consciente, orientada, humorável, anestesiada, eufemática, hemodinamicamente estável.		
	1. Hd: + dor no pescoço envolvendo o tronco		
	2. Dor no topo cervical gástrica		
	3. Dor no topo cervical cervical (migração tipo)		
05.802.494/0001-43	TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA		
12 FEB 2018			
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar C Bela Vista - CEP: 50020-010 RECIFE-PE			
04/02/18		# SOT #	31/03/18, ♀
	1. Hd: + Fx. subagudo de dor no pescoço (1)	(5) Início de sintomas	
	2. Fx. de dor no pescoço (E)	do dia anterior	
	3. Fx. de dor no pescoço (E)		
	4. Fx. de dor no pescoço (E)		
05.802.494/0001-43	TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA		
01 MAR 2018			
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar C Bela Vista - CEP: 50020-010 RECIFE-PE			
	Paciente com queixa dolorosa envolvendo o pescoço e tronco, intensamente como MIE no momento semelhante, referiu dor intensa no topo cervical.		
	OU ZOMBO: B389. Conscientemente, orientada, humorável, anestesiada, hemodinamicamente estável.		



PERNAMBUCO

MIGUEL ARRAES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Fábio Fernandes da Silva

REG:

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
04/03/17	CD + Aggravado com drenagem negra, dor no membro
04/03/17	CD + Aggravado com drenagem negra, dor no membro
06/03/17	ASCTA
7h	MFHD: 1º DPO de reposicionamento do FC de punho (D)
	Fratura exposta da ossos da punha (1) Fratura de ossos da punha (E), desgarrada (E) Fratura de acetabulo (E)
	Em uso: cefazidima + vanco (D = 05/07)
	Paciente segue estável, sem queixas no momento.
	AO exame: C.B, cons, on, hiper(+/+) hir. ed, esp.
	Si: bom aspecto, sem oleosse, sem marcas de origem patológica
	CD mantendo ATB
	Aguarda melhora da ponte metá pl/ procedimento definitivo
05.802.494/0001-41	Mariana Cavalcanti
TRACÃO CORRETORA	Médica
DE SEGUROS LTDA	CRM: 026973
01 MAR 2017	05.802.494/0001-41
Rua da Aurora, nº 175, sl 902 bl. C	TRACÃO CORRETORA
Boa Vista - CEP: 50.060-010	DE SEGUROS LTDA
RECIFE-PE	12 FEV 2017
	Rua da Aurora, nº 175, sl 902 bl. C
	Boa Vista - CEP: 50.060-010
	RECIFE-PE

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

Este boleto foi pago 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

*Es. Paula Fernandes da
Silva*

AUDOS

Sciatica Polidural
ligada ao esforço
de 2017. Foram realizados
exames de imagem e
exames de escala. Foram
realizadas a ressonância
magnética e a tomografia
computadorizada.
CID 582.9 M255
332.4

*Dr. Mauro 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