

LAUDO MÉDICO

DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE GENTIL BERNARDO DA SILVA ENCONTRA-SE EM SEGUNDA SEMANA DE PÓS OPERATÓRIO EM DECORRÊNCIA DE SÍNDROME COMPRESSIVA DE NERVO MEDIANO EM PUNHO DIREITO ASSOCIADA À CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÂDIO D.

NO MOMENTO, AINDA COM MEMBRO SUPERIOR DIREITO IMOBILIZADO, PERMANECERÁ COM TALA LUVA POR MAIS QUATRO SEMANAS

CID.: S525; G560; M840

Hugo Freitas de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia de Mão / Microcirurgia
CREMEPE - 15483

HUGO FREITAS DE ARAÚJO
MÉDICO
CREMEPE 15483



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / ESCLARECIMENTO

NOME: Gentil Bernardo da Silva REG: 123889

IDADE: 71 anos SEXO: MASC. DATA DA ADMISSÃO 17/03/19 DATA DA ALTA 20/03/19

DIAGNÓSTICO: 2º DPO de LE + drenagem cavitária (seg. trauma abdominal fechado)

TRATAMENTO REALIZADO:

Paciente submetido a LE + drenagem cavitária sem intercorrências. Os achados foram: 1º Moderado volume de líquido livre (sangue), hematoma retroperitoneal zona 1, não expansível em andar supramesocólico. Feito inventário de cavidade peritoneal, sem identificação de lesões de vísceras oas e sólidas, e toaleta cavitária.

ORIENTAÇÕES:

RECEITUÁRIO (USO ORAL)

- **Dipirona 500mg**-----20 comp (Tomar 01 comprimido por via oral de 6/6h se sentir dor)
OU
- **Paracetamol 500mg**-----15 comp (Tomar 01 comprimido por via oral de 8/8h se sentir dor)

- ➔ DEIXAR A FERIDA OPERATÓRIA SEM CURATIVOS
- ➔ LAVAR A FERIDA OPERATÓRIA COM AGUA E SABÃO
- ➔ NÃO USAR POMADAS, CREMES, UNGUNTOS, RIFOCINA, MERCÚRIO OU SIMILARES SOBRE A FERIDA
- ➔ EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS ATÉ O RETORNO AO AMBULATORIO
- ➔ ANDAR E SE MOVIMENTAR LIVREMENTE
- ➔ COMPARECER À EMERGÊNCIA MAIS PRÓXIMA DE SUA CASA SE:
 - A. DOR DE BARRIGA QUE NÃO MELHORA COM AS MEDICAÇÕES
 - B. VÔMITOS PERSISTENTES
 - C. FEBRE PERSISTENTE
 - D. VERMELHIDÃO OU SAÍDA DE PUS PELA FERIDA OPERATÓRIA
 - E. FALTA DE AR

CPRE: SIM() / / Jejum às 22:00h e comparecer a emergência de 06:30h da manhã no dia do exame. NÃO()

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(☒) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 04/04/19 **(CHEGAR ÀS 13:00H)**

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - N° Prontuário			
GENTIL BERNARDO DA SILVA	123889			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
700704092901380	27/09/1947	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
MARIA PEDRO SOARES	8197318117			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
IVANILDA				
15 - Endereço (Rua, N° Bairro)				
JOAO MACARANDUBA, 100 - TEJUCOPAPO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
GOIANA	260620	PE	55900000	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 11 DIA			
21 - Condições que justificam a internação			
TRATAMENTO CIRURGICO			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
ANAMNESE + EXAME FISICO + RADIOGRAFIA			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	S39.9	V296	S52.5

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	0407040161		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	17/03/2019	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Apor
---------------	----------------	--------------	------------------	----------

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)

AIH
261910215104-0



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - N° Prontuário			
GENTIL BERNARDO DA SILVA	123889			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
700704002004300	27/09/1947	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
MARIA PEDRO SOARES	8197318117			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
MARIA PEDRO SOARES				
15 - Endereço (Rua, N° Bairro)				
JOAO MACARANDUBA, 100 - TEJUCOPAPO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
GOIANA	260620	PE	55900000	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
TRAUMATISMO ABDOMINAL EVOLUINDO COM DOR ABDOMINAL DIFUSA

21 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE CIRURGIA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
TC DE ABDOME. HEMOPERITÔNIO

23 - Diagnóstico Inicial / Código

ABDOME AGUDO

24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 Secundário 26 - CID 10 Causas Associadas

R100

R100

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

28 - Código do Procedimento

0301060070

29 - Especialidade

CIRURGICA

30 - Caracter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS () CPF

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

980016276816537

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

PETERSON CAVALCANTI HOLANDA

34 - Data da Solicitação

18/03/2019

35 - Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente

Dr. Peterson Cavalcanti Holanda
Cirurgia Geral / Vascular
CRM-PE: 16.585

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CSOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)	

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GENTIL BERNARDO DA SILVA** Prontuário: 123889
Idade: 71a 8m 21d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 27/06/1947
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 55900000
R.G.: 1147211 C.P.F.: 43227465434 - 100 - TEJUCOPAPO - GOIANA - PE
Endereço: JOAO MACARANDUBA
Dados da Internação
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 17/03/2019 22:17
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-15
Médico Internação: PETERSON CAVALCANTI HOLANDA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: **03/04/19**
Endereço: Número: **TEJUCOPAPO**
Fone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28/03/19 Hora da Alta: _____

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

Condições de Alta: CLINICAMENTE ESTÁVEL

Diagnóstico Principal.....: FRATURA DISTAL DO CARPO

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Medicamento.....: TRATAMENTO CONSERVADOR

Yasminilda Castro da Silva

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG



TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Yasminilda Castro da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GENTIL BERNARDO DA SILVA** Prontuário: 123889
Idade: 71a 8m 21d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 27/06/1947
Profissão: Escolaridade: R.G.: 1147211 C.P.F.: 43227465434 Telefone: CEP 55900000
Endereço: JOAO MACARANDUBA, 100 - TEJUCOPAPO - GOIANA - PE
Dados da Internação
Origem: INTERNACAO Data e Hora da Internação: 17/03/2019 22:17
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-15
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Jereço: Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

ta da Alta: 28 / 03 / 19 Hora da Alta: :

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

Condições de Alta: UNILAMENTE ESTÁVEL

Diagnóstico Principal.....: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO MÃO.

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

cedimento.....: TRATAMENTO CONSERVADOR

Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.720

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMI

Data e hora retirada da senha: 16/03/2019 22:11



Nome Paciente: GENTIL BERNARDO DA SILVA
Cód. Paciente: 123889
Data de Nascimento: 27/06/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: P0010
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 469414
SAME: 110695

Período: 16/03/2019 22:24 - 16/03/2019 22:27

LUAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL BERLAMINO CORREIA COM RELATO DE COLISÃO COM MOTO NA PE 62, FRATURA DE RADIO DISTAL HÁ 6 HORAS (SIC).

Observação: NEGA COMORBIDADES.

Histórico sintoma: TRAUMA

Crônico: - DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- GLICOSE: 105.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- PESO: 75.00 KG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.30 °C

REVISADO
MET. HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local:
Luana Prexedes
Enfermeiro 427217-ENF

COMPRESO
PREVIDÊNCIA SIA
31.03.2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Acolhido(a) por: LUAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/03/2019 22:27



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 469414

Senha da Classificação:

P0010

Data e Hora: 16/03/2019 22:16

Paciente: 123889 GENTIL BERNARDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 27/06/1947 Idade: 71 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA PEDRO SOARES

Nome do Pai: JOSE BERNARDO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: JOAO MACARANDUBA

100

Bairro: TEJUCOPAPO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

*Dor e ponto D + abdome + t.u. após atropelamento hit
10 horas. Nega desmaio e vômito.*

Exame Físico

Ex. cons. orient. yme. A: Muc. úveas perf. B: Respir. espont. C: Sang. met. s. h. D: E.S. E: Deformidade do ponto D.

Hipótese Diagnóstico

*Dor à palp. do abdome
fr. Rupt. Int. D.*

Prescrição Médica

- Como pt. apresent. dor abdominal intensa, solic. atropel. de R. Urg. Caret.

- Dife. Zero

- Fm. tipo:

- Dife. branda

- Tramadol 100 mg + 250 mL 850 mg, EV (1/2), q 6h 03/19

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 469414 Prontuário: 123889 SAME: 110695 Hora Atend: 22:16 Data Atend: 16/03/2019
Paciente..... : GENTIL BERNARDO DA SILVA Idade: 71 a
Endereço..... : JOAO MACARANDUBA
Bairro..... : TEJUCOPAPO
Cidade..... : GOIANA UF...: PE CEP: 55900000
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 17/03/2019 Hora Saída : 22:16

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO



SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 469414 Prontuário: 123889 SAME: 110695 Hora Atend: 22:16 Data Atend: 16/03/2019
Paciente..... : GENTIL BERNARDO DA SILVA Idade: 71 a
Endereço..... : JOAO MACARANDUBA
Bairro..... : TEJUCOPAPO
Cidade..... : GOIANA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGÊNCIA UF.: PE CEP: 55900000
CID Principal..... : Plano.: PLANO UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 17/03/2019 Hora Saída : 22:16

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO



SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



HOSPITAL
MIGUEL ARRAS



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

28/08/2013

Cirurgia de Mão

Condiciona J. com a cirurgia distal (D) + Sind. compressiva N. Mediana
C. Intenso para tratamento cirúrgico.

Dr. Lívio Costa

Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE: 27804/TEOT 15731

11/09/2013

Cirurgia de Mão

Condiciona a Visão do Rádio + Síndrome compressiva
do Mediano em Bunka

2ª Sessão de P.O

Paciente está relatando grande melhora do quadro clínico
em MSD

Do exame: F.O. com bom aspecto.

A radiografia: Enrijecimento importante do rádio

Cel: Poliqueto + tela lúea

Tratando com 4 semanas

Hugo Freitas de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão / Microcirurgia
CREMEPE - 15-83

CO... ..

3. OUT 2013

PROVIDÊNCIA SIA

PR. COLO

RECIFE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Gerdil Bernardo de Sile

Registro: _____

Clinica: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

Data/Hora

17/07/2013

Cirurgia de Mão

4.º dia de Tratamento

Exame físico: membro superior direito em ponto D; Pico da mão;
Nega sintomas associados; Pseudo-lesão de 12 meses de pinçamento; Nega
exames recentes; Dedos; Anquilosado

Exame: Dor à palpação distal do ponto D

Limitação à flexão-supinação (pico)

Deformidade óssea em ponto

A radiografia: Fratura comoldade inicialmente

Cl: Membro superior

Vem em tratamento em retorno

Hugo Freitas de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia de Mão / Microcirurgia
CREMEPE - 15483

CO...

3. OUT 2013

PR. COLO
RECIFE

14/08/2013

Cirurgia de Mão

5.º dia de Tratamento

Exame físico de dor e edema em ponto distal

Restrição à flexão-supinação.

No exame,

Deformidade com dor distal em ponto E.

Dor à palpação do ponto E.

Surgem (+).

Cl: Indicação para tratamento Cirúrgico (Osteotomia + Enxada óssea +
neurotomia de ~~do~~ mediano)

Hugo Freitas de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia de Mão / Microcirurgia
CREMEPE 15483

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Genie B. Barros Registro: _____
 Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

05/06/2019 Aut. Conservar v
 Trans no Nro Nro Dr.
 Tanto em Ques
 no Res Com.
 em 700ml de Utes
 Res para o no
 novo
 Filo novo
 no novo de
 Utes

Pólio Kauffman
 Proprietária
 CRM: 14.338

COMPRES
 COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA SIA
 3. OUT 2017
 FR. COLO
 AG. RECIFE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: GENTIL BERNARDO DA SILVA REG: 123889

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA		
17/3/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
	# ADMISSÃO	
	DOR + DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 1 DIA	
	TENTADO REDUÇÃO EM PLANTÃO ANTERIOR SEM SUCESSO	
	AO EXAME: DOR LOCAL / EM USO DE TALA LUVA NV+ / BOA PERFUSÃO DISTAL	
	AVALIADO CASO COM EQUIPE	
	CD: INTERNEMENTO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO	
		COMPENSAÇÃO PREVIDÊNCIA SIA
		3. OUT 2011
18/03/19	# E.G.#	Fr. OCOLO
00:30		RECIFE
	Solicitada qualificação para procedimento de redução de acidente motociclistico há 01 dia, evoluindo com dor abdominal e "dureza com sangue". Exame: Abdomen flácido, porém doloroso à palpação sem abdome inferior. ed: - Papan SVA. - Sol. TAE de abdome e/contorno. - Zon de W. VO.	
	Sóstenes Marcelo Gomes Cirurgião de Traumatologia CRM - 45.555	

FICHA DE ANESTESIA

Data

Hospital Miguel Arraes

Acomodação

18/08/19

Paciente

GENTIL BEATRIZ DA SILVA

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

PB

71

2.0

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

P. J. J. J.

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ Não

☒ Sim

Cirurgia

LAPARATOMIA EXPLORADORA

Horário

15:30

16:30

17:30

O₂

N₂O

Líquidos

NSaO₂

D₂

DIU

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotação

AVP = H. E. D. 20 G, menor

Drogas Usadas

Quantid.

Fentanyl 250mcg

Lidocaina 90mg

Propofol 120mg

Bupivacaína 30mg

Remifentanyl (Bic)

Clonidine 20mcg

Dexametasona 4mg

Diprime 2g

Ondansetron 4mg

Atropina 1,2mg

Neostigmina 25mg

Etiopirina 0,1g

Cetoprofeno 600mg

Morfina 25mg

Técnica Anestésica

General balanceado

+ etomidato bolus

com Propofol 5%

40ml

Halotano 5mg

Naloxona 0,04mg

Intercorrência:

☒ Sim ☒ Não

SR 18:00h

Descrever:

Paciente consciente, agitado, com delírios, sendo

Observações:

resposta contida ao leito e halotano.

Assinatura do Anestesiologista

Family N. P. M. CRM 17546

Monitorização

☒ Cardioscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☒ Sonda Vesical

☒ Capnógrafo

☐ Esf. Pré-Cordial

☐ Outros

BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analizador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

☐ Drogas Vasoativas

Destino

☐ SRPA

☒ Apart/Ent.

☐ UTI

☐ Externo

Atendimento: 469501

Dt Atendimento: 17/03/2019 - 22:17

Dt Alta: 28/03/2019 - 17:46

Paciente: 123889 GENTIL BERNARDO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 44 CG1F-411-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: BRUNAGFS

CID:

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

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS



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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	GENTIL BERNARDO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	123889
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
709704092901390	27/06/1947	X 1	03 - Parda	12 - Telefone de Contato	8197318117
11 - Nome da Mãe	MARIA PEDRO SOARES			14 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável	MARIA PEDRO SOARES				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ENGENHO MASSARANDUBA, 100 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
GOIANA	260620	PE	55900974		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE COM DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO E PARESTESIA EM QUIRÓDACTILOS DA MÃO DIREITA APÓS TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO DISTAL DIREITO. EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E COMPRESSÃO DE NERVO MEDIANO.

21 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE CIRURGIA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EF + RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

24 - CID 10 Principal
S525

25 - CID 10 Secundário
V296

26 - CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ CENTRALIZAÇÃO DO PUNHO			28 - Código do Procedimento	0408020644
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	201569911050007		
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura do Profissional Solicitante/Assistente		
HUGO FREITAS DE ARAUJO		28/08/2019	Adauto Telino		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Adauto Telino	

Código do Laudo: 492717

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GENTIL BERNARDO DA SILVA** Prontuário: 123889
Idade: 72a 2m 1d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 27/6/1947
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 55900974
R.G.: 1147211 C.P.F.: 43227465434 - 100 - CENTRO - GOIANA - PE
Endereço: RUA ENGENHO MASSARANDUBA
Dados da Internação
Origem: AMBULATORIO EGRESSO Data e Hora da Internação: 28/8/2019 10:40
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-29
Médico Internação: HUGO FREITAS DE ARAUJO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número:
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 29/08/19 Hora da Alta: 15:59

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

Condições de Alta: 3 dias

Diagnóstico Principal.....: Fr. consolidação. R. de inst. D.

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: Rpt 1 com Fro K - Discrepância

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

Médico e CRM: **Filipe Guedes**
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.689

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____


Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 28/08/2019

Hora.: 18:17

Aviso de Cirurgia : 58763

Paciente : 123889

Convênio Atend. :

Leito :

Dt. Início : 28/08/2019 14:00 Dt. Fim : 28/08/2019 15:43

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

GENTIL BERNARDO DA SILVA

Atendimento :

Carteira :

Idade : 72 Anos

Procedimento: 0408020431

Convênio: 001

Anestesia: 29

TRAT CIR FRAT DIAFIS UNICA RADIO OU ULMA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

CIRURGIAO

ANESTESISTA

15483 HUGO FREITAS DE ARAUJO

2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica :DIAGNÓSTICO: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL + SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO
INTERVENÇÃO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO RÁDIO + TRAT CIRÚRGICO DAS NEUROPATIAS COMPRESSIVAS

OPERADOR: HUGO FREITAS

1º AUXILIAR: LIVIO COSTA(R4)

2º AUXILIAR: FELIPE GUEDES(R2)

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: DR GENÉSIO

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO + SEDAÇÃO

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB INDUÇÃO ANESTÉSICA
2. ASSEPSIA+ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
4. INCISÃO EM DORSO DO PUNHO D, MEDINDO CERCA DE 10 CM
5. DIVULSÃO POR PLANOS ENTRE III E IV COMPARTIMENTOS EXTENSORES
6. OSTEOTOMIA DE RÁDIO DISTAL COM AUXÍLIO DE 02 FK 2.0.
7. RETIRADA DE ENXERTO CÓRTICO-ESPONJOSO DE OLECRÂNEO
8. COLOCAÇÃO DE ENXERTO DE OLECRÂNEO EM FOCO DE OSTEOTOMIA
9. FIXAÇÃO DE OSTEOTOMIA , UTILIZANDO 02 FK 2.0 E VERIFICAÇÃO DE POSIÇÃO ACEITÁVEL EM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
10. INCISÃO EM FACE ANTERIOR DO PUNHO D, LONGITUDINAL, MEDINDO CERCA DE 5 CM
11. DIVULSÃO POR PLANOS ATÉ LIGAMENTO CARPAL TRANSVERSO(LCT)
12. ABERTURA DE LCT EM TODA A SUA EXTENSÃO
13. SUTURA POR PLANOS, ATÉ PELE, UTILIZANDO MONOCRYL 3.0 E MONONYLON 4.0
14. COLOCAÇÃO DE CURATIVO COMPRESSIVO
15. COLOCAÇÃO DE TALA LUVA



Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Felipe Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 28.688

Atendimento: 492744

Dt Atendimento: 25/08/2019 - 10:40

Dt Alta: 29/08/2019 - 10:59

Paciente: 123889 GENTIL BERNARDO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 705 VERD2-29

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MAYARAAM

CID: S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Procedimento de Alta 0408020644 - TRATAMENTO CIRÚRGICO P/ CENTRALIZAÇÃO DO PUNHO

Observação de Alta

MAYARA ALVES MENDES



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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
GENTIL BERNARDO DA SILVA	123889			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
709704092901390	27/06/1947	Masculino ☒ Feminino ☐	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
MARIA PEDRO SOARES	8197318117			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
IVANILDA				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
JOAO MACARANDUBA, 100 - TEJUCOPAPO	260620	PE	55900000	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 1 DIA

21 - Condições que justificam a Internação
TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FISICO + RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	S39.9	V296	S525

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	0407040161		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	17/03/2019	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE Empresa	44 - CBO
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Apos

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH
261910215104-0

Código do Laudo: 469414

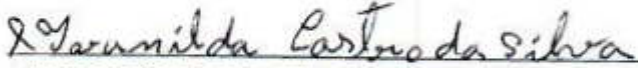
DADOS DO PACIENTE

Paciente: GENTIL BERNARDO DA SILVA	Prontuário: 123889		
Idade: 71a 8m 21d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 27/06/1947
Profissão:	Escolaridade:		
R.G.: 1147211	C.P.F.: 43227465434	Telefone:	CEP: 55900000
Endereço: JOAO MACARANDUBA	100 - TEJUCOPAPO	COTANA	PE
Dados da Internação			
Origem: INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 17/03/2019 22:17		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL		
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO	Leito: VERD2-15	
Médico Internação: PETERSON CAVALCANTI HOLANDA			

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.: 03/04/19
Endereço:	Numero:	Torcedor
Fone:	Cidade:	Estado civil:

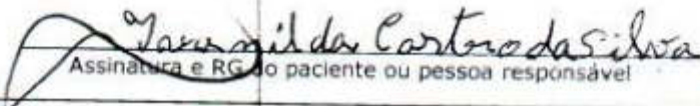
DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28 / 03 / 19	Hora da Alta: _____
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: clinicamente estável	
Diagnóstico Principal.....: FRATURA DISTAL DO MÃO	
Diagnóstico Secundário01.:	
Diagnóstico Secundário02.:	
Tratamento.....: TRATAMENTO CONSERVADOR	
Médico e CRM:	
 Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____


Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 469414 Prontuário: 123889 SAME: 110695 Hora Atend: 22:16 Data Atend: 16/03/2019
Paciente..... : GENTIL BERNARDO DA SILVA
Idade: 71 a
Endereço..... : JOAO MACARANDUBA
Bairro..... : TEJUCOPAPO
Cidade..... : GOIANA
UF.: PE CEP: 55900000
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... :
CID's Secundários :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 17/03/2019 Hora Saída : 22:16

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO



SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **469501**

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	GENTIL BERNARDO DA SILVA			Prontuário:	123889
Idade:	71a 8m 21d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Escolaridade:		Data de Nascimento:	27/06/1947
R.G.:	1147211	C.P.F.:	43227465434	Telefone:	
Endereço:	JOAO MACARANDUBA		- 100 -	CEP	55900000
				- GOIANA	- PE
Origem:	INTERNACAO				
Convênio:	SUS - INTERNACAO				
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO	Leito:	VERD2-15
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA				

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Jerêço:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

data da Alta:	<u>28 / 03 / 19</u>	Hora da Alta:	
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
		☐ Óbito	☐ Evasão
Condições de Alta:	<u>UNICAMENTE ESTÁVEL</u>		
Diagnóstico Principal.....:	<u>FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO MÃO.</u>		
Diagnóstico Secundário01.:			
Diagnóstico Secundário02.:			
Tratamento.....:	<u>TRATAMENTO CONSERVADOR</u>		
	Dr. Hudyson Oliveira Rocha Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 26.720		
	Médico e CRM:		
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG		

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 469414 Prontuário: 123889 SAME: 110695 Hora Atend: 22:16 Data Atend: 16/03/2019
Paciente..... : GENTIL BERNARDO DA SILVA
Endereço..... : JOAO MACARANDUBA
Bairro..... : TEJUCOPAPO
Cidade..... : GOIANA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 17/03/2019
Hora Saída : 22:16

Prestador da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITTO



SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

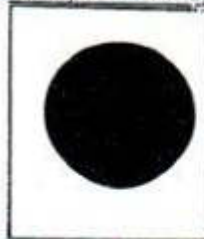
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMI

Data e hora retirada da senha: 16/03/2019 22:11



Nome Paciente: GENTIL BERNARDO DA SILVA
Cód. Paciente: 123889
Data de Nascimento: 27/06/1947
Sexo: Masculino
Idade: 71
Senha: P0010
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 469414
SAME: 110695

Período: 16/03/2019 22:24 - 16/03/2019 22:27

LUAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL BERLAMINO CORREIA COM RELATO DE COLISÃO COM MOTO NA PE 62, FRATURA DE RADIO DISTAL HÁ 6 HORAS (SIG).

Observação:

NEGA COMORBIDADES.

Exatograma sintoma:

TRAUMA

criminator(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- GLICOSE: 105.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- PESO: 75.00 KG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.30 °C

REVISADO
NEP! HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

..... Luan Prexedes
..... 427217-ENF
..... Enfermeiro

Acolhido(a) por: LUAN PREXEDES DA SILVA - COREN: 427217 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/03/2019 22:27

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 469414

Data e Hora: 16/03/2019 22:16

Senha da Classificação:

P0010

Paciente: 123889 GENTIL BERNARDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 27/06/1947

Idade: 71 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA PEDRO SOARES

Nome do Pai: JOSE BERNARDO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

Endereço: JOAO MACARANDUBA

100

Bairro: TEJUCOPAPO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Dor e punho D + abdome + tórax após atropelamento há 10 horas. Nega desmaio e vômito.

Exame Físico

ECG, consistent, orientado, normo

A. Pulso arterial periférico: B. Respiração espontânea, C. Sensibilidade intacta, D. EIS, E. Deformidade em punho D.

Dor à palpação do abdome

Hipótese Diagnóstica

fratura distal D.

Prescrição Médica

- Como pt apresenta dor abdominal intensa, solicite avaliação de cirurgia geral.

- Dite Zero

- Fila tipo:

- Dite tórax

- Trauma de 100 kg + 250 cm de altura, EV (LIT) 16/03/2019

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: GENTIL BERNARDO DA SILVA REG: 123889

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
17/3/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	DOR + DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 1 DIA
	TENTADO REDUÇÃO EM PLANTÃO ANTERIOR SEM SUCESSO
	AO EXAME: DOR LOCAL / EM USO DE TALA LUVA NV+ / BOA PERFUSÃO DISTAL
	AVALIADO CASO COM EQUIPE
	CD: INTERNEMENTO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO
18/03/19 00:30	# E.G.#

COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

31 OUT 2019

FR. JOCOLO

RECIFE

Solicito toda qualificação para:
última de acidente motociclistico
há 01 dia, evoluindo com dor abdominal
e "diurese com sangue".

Exame: Abdomen distendido, sem
calor e palpação sem abdome inferior.

ed: - Papan SVA.

- Sol. TAE de abdome e/cont rast.

- Zon de W. VO.

Sóstenes Rabelo Gomes
Cirurgião de Ortopedia
CRM - 28.255

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página : 0001

Data : 18/03/2019

Hora : 17:20

Ficha de Cirurgia DescritivaAviso de Cirurgia : 55310
Paciente : 123889
Convênio Atend. : 1
Leito : 691
Dt. Início : 18/03/2019 16:26
Cid Pré-Operatório : R100
Cid Pós-Operatório : R100Sala : 0004 SALA 04
GENTIL BERNARDO DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-15
Dt. Fim : 18/03/2019 17:26
ABDOME AGUDO
ABDOME AGUDOAtendimento : 169501
Carteira :
Idade : 71 Anos**Procedimentos**

Procedimento: 0407040161

LAPAROTOMIA EXPLORADORA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 45

GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA SEM REINALACAO

FATURADO
031 041 19
Tel: 22
A**Equipe Médica**CIRURGIAO
ANESTESISTA15974 ARNALDO AMORIM DE LEMOS NETO
2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR**Descrição****Descrição Cirúrgica :****DESCRIÇÃO OPERATÓRIA**DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO + PANCREATITE PÓS-TRAUMÁTICA
CIRURGIA PROPOSTA : LAPAROTOMIA EXPLORADORA+DRENAGEM CAVITÁRIA
CIRURGIA REALIZADA: A MESMA

CIRURGIÃO: DR. PETERSON C. HOLANDA

1º AUXILIAR: DR. KELVIN

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: DR. GENÉSIO GOMES DA CRUZ

ANESTESIA : GERAL

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA : NÃO HOUE

DESCRIÇÃO:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA COM PVPI

1) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

4) INCISÃO MEDIANA XIFO-PUBIANA + ABERTURA POR PLANOS

5) ACHADOS:

A. MODERADO VOLUME DE LÍQUIDO LIVRE INTRACAVITÁRIO(SANGUE);HEMATOMA RETROPERITONIAL,ZONA 1,NÃO EXPANSÍVEL,EM ANDAR SUPRAMESOCÓLICO;

6) CONDUTA:

A.REALIZADO INVENTÁRIO DA CAVIDADE PERITONIAL,COM MANOBRAS DE CATTEL,SEM SEREM IDENTIFICADAS LESÕES DE VÍSCERAS OCAS OU SÓLIDAS

8) TOALETE CAVITÁRIA

9) REVISÃO DE HEMOSTASIA

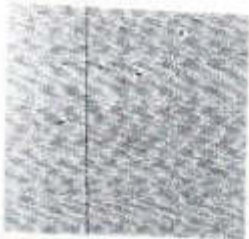
10) COTAGEM DE COMPRESSAS

11) FECHAMENTO POR PLANOS COM VYCRIL 0

12) SUTURA DA PELE COM NYLON 3,0

13) CURATIVO

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**Dr. Peterson C. Holanda
Cirurgia Geral / Vascular
CRM-PE: 16.585



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0002
Data: 18/03/2019
Hora: 17:20

DR(A): ARNALDO AMORIM DE LEMOS NETO
CRM: 15974



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GENTIL BERNARDO DA SILVA

IDADE: 71 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 17/03/2019

REG: 123889

DATA DA ALTA: 28/3/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- TRATAMENTO CONSERVADOR

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM **02 SEMANAS**;
- MANTER TALA AXILO-PALMAR, CUIDADO PARA NÃO DANIFICAR;
- MEXER DEDOS DA MÃO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.720



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Atendimento: 463501

Dt Atendimento: 17/03/2019 - 22:17

Dt Alta: 28/03/2019 - 17:46

Paciente: 123889 GENTIL BERNARDO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 44 CG1F-411-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: BRUNAGFS

CID:

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

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS



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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

1.147.211

DATA DE EMISSÃO

23/08/2016

NOBRE

<< GENTIL BERNARDO DA SILVA >>

PRONOME

<< JOSÉ BERNARDO DA SILVA >>

<< MARIA PEDRO SOARES >>

NATURALIDADE

ITAMBÉ - PE

DATA DE NASCIMENTO

27/06/1947

END. ORDEM

<< CC. 20 L.27 F.23 CART. GOIANA-PE

DATA DE EMISSÃO

05.02.1976 >>

CPF

432.274.654-34

ASSINATURA DO DIRETOR

432.274.654-34

27/06/1947

LEI Nº 7.152 DE 29/08/83

432.274.654-34

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

432.274.654-34

Centro de Pagamentos Fiscais

Ministério da Indústria

Nome

GENTIL BERNARDO DA SILVA

Data de Nascimento

27/06/1947



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190614193 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENTIL BERNARDO DA SILVA **Data do acidente:** 16/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL (PANCREATITE PÓS TRAUMÁTICA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER PUNHO DIREITO/LAPAROTOMIA EXPLORADORA - DRENAGEM CAVITÁRIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 15/20/30 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190614193 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENTIL BERNARDO DA SILVA **Data do acidente:** 16/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL (PANCREATITE PÓS TRAUMÁTICA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER PUNHO DIREITO/LAPAROTOMIA EXPLORADORA - DRENAGEM CAVITÁRIA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 15/20/30 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380955/19

Vítima: GENTIL BERNARDO DA SILVA

CPF: 432.274.654-34

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/03/2019

Titular do CPF: GENTIL BERNARDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GENTIL BERNARDO DA SILVA : 432.274.654-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019
Nome: GENTIL BERNARDO DA SILVA
CPF: 432.274.654-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

GENTIL BERNARDO DA SILVA

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614193

Vítima: GENTIL BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 16/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GENTIL BERNARDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614193

Vítima: GENTIL BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 16/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENTIL BERNARDO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GENTIL BERNARDO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000774

Conta: 00000074891-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

432 274654 34

4 - Nome completo da vítima:

GENTIL BERNARDO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

GENTIL BERNARDO DA SILVA

6 - CPF:

432 274654 34

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

ENGONHO MASSARONHA

9 - Número:

100

10 - Complemento:

CONTINHO

11 - Bairro:

NOVA GOIATMA

12 - Cidade:

GOIATMA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55900 000

15 - E-mail:

SANTINHO.BONFACIOS@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

9.913.50648 - 81-

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
SEM RENDA*

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0744 013

CONTA:

074891 0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

*Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim
Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vênus)?

Sim
Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim
Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim
Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

x Gentil Bernardino da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1990: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

294-557244852-0

21/01/2019

HORA DE 14:05:50

LOT. 15.80.000-0

LOCALIDADE: GOIÁS

NO. VITRINA: 0774

TERM 036330

CONTROLE: 294483758

CONTRATANTE DE AQUISIÇÃO DE POP CAIXA FÁCIL

NOME: GENTIL BEBVARDO DA SILVA

AGÊNCIA: 0774

OPERADOR: 013

Linha-DV: 000.000.074.891-0

DATA DA ABERTURA: 21/10/2019

LOTÉRIAS CAIXA

294-557244852-0

2ª VIA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

05/04/2019 14:57

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0134001074**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/04/2019** às
15:24

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **16/3/2019** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 81, RODOVIA PE 882,
PONTO DO COCO** - Bairro: **CENTRO** - **GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **PONTO DO COCO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
GENTIL BERNARDO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

DOCUMENTO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): GENTIL BERNARDO DA SILVA



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

GENTIL BERNARDO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA PEDRO SOARES** Pai: **JOSE BERNARDO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/6/1947** Naturalidade: **ITAMBÉ / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1147211/SDS/PE (RG) 43227488434** (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO**
Telefones Celulares: **- 36283694**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 100, RUA ENGENHO MASSARANDUBA, FLEXEIRAS** - CEP: - Bairro: - **GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, SUPERMERCADO TACHI**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

INEXISTENTE (DOCUMENTO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENTIL BERNARDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENTIL BERNARDO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/in.fopol/xml/BOEPrevia...

.....
**INFORMA A VITIMA QUE NA DATA RETRO, NO ENDEREÇO SUPRA MENCIONADO
 EPIGRAFE, FORA VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, ONDE UMA
 MOTOCICLETA DE PLACA DESCONHECIDA, COLIDIU COM O MESMO CHEGANDO
 ATROPELA-LO, INFORMA OUTROSSIM QUE DESACORDOU NO MOMENTO E QUE FORA
 SOCORRIDO POR POPULARES QUE ESTAVAM NO LOCAL, QUE FOI LEVADO PARA O
 HOSPITAL BELARMINO CORREA E A POSTERIOR FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL
 MIGUEL ARRAEZ, QUE SOFREU AS SEGUINTE LESOES: FRATURA DO PULSO
 DIREITO E PROCEDEU A CIRURGIA INTERNA DEVIDO A HEMORRAGIA INTERNA, SEM
 MAIS ESCLARECIMENTOS, A VISTA DA DOCUMENTAÇÃO LEGAL, ENCERRO O
 PRESENTE REGISTRO.**

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

.....
Genil Bernardo da Silva
GENIL BERNARDO DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: **LUIS HUMBERTO DE SALES FURTADO** - Matrícula: **3870570**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** **INVALIDEZ PERMANENTE** **MORTE**

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **432 274 654 34** 4 - Nome completo da vítima: **GENTIL BERNARDO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **GENTIL BERNARDO DA SILVA** 6 - CPF: **432 274 654 34**
7 - Profissão: **RECUSO** 8 - Endereço: **ENGONHO MASSARONHA** 9 - Número: **100** 10 - Complemento: **CONTINHO**
11 - Bairro: **NOVA GOIATMA** 12 - Cidade: **GOIATMA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55900 000**
15 - E-mail: **SEVERINO.BONFACIOS@HOTMAIL.COM** 16 - Tel. (DDD): **991350648 - 81-**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: **RECUSO INFORMAR SEM RENDA*** R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: **BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO** **REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)**

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

Bradesco (237) Itaú (341)
Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0744 013** CONTA: **074891 0**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: **Solteiro** Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): **Sim Não** 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? **Sim Não** 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vên timer)? **Sim Não** 31 - Vítima teve irmãos? **Sim Não** 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? **Sim Não**

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

x Gentil Bernardos da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENTIL BERNARDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000074891-0

Nr. da Autenticação 7AE27E8AADE751D0

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

IVANILDA CASTRO DA SILVA
CPF: 256.345.504-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ENGENHO MASSARANDUBA 100

NOVA GOIANA/GOIANA
55900-000 GOIANA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

21/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

14/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

080727782

CONTA CONTRATO

000247122028

Nº DO CLIENTE

2000029478

Nº DA INSTALAÇÃO

0004221543

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

707A.3398.2EEE.C076.69AE.F537.D9DD.E187

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	123,00	0,81069952	99,71
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,15
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,17
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,26
ICMS Subvenção-CDE-NF 073105392-13/08/19			0,80
TOTAL DA FATURA			112,09

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
105,03	25,00	26,25	105,03	1,29	1,35	105,03	5,95	6,24

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000	OUT 19	123
		SET 19	104
		AGO 19	112
		JUL 19	105
		JUN 19	106
		MAI 19	114
		ABR 19	116
		MAR 19	99
		FEV 19	93
		JAN 19	168
		DEZ 18	69
		NOV 18	107
		OUT 18	93

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
R\$	%
Geração de Energia	33,34 31,65
Transmissão	3,64 3,47
Distribuição (Celpe)	22,13 21,07
Encargos Setoriais	5,20 4,96
Tributos	33,85 32,22
Perdas de Energia	6,97 6,64
TOTAL	105,03 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MD72341	CAT	11/09/2019	13.350,00	14/10/2019	13.473,00	33	1,00000	0,00	123,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 13/11/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
ago/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	GOIANA	2,05	4,95	9,91	19,82
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,23	6,47	12,95
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,05	2,77	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 36,70					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você comercial goianense de drogas: rua trapiche do meio no 32 centro / mercadinho renovar ltda - epp: rua engenho gutiuba 29 flexeiras. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000247122028	10/2019	0,00	21/10/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA