



06/11/2020

Número: **0000115-17.2020.8.17.2218**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Goiana**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.813,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENTIL BERNARDO DA SILVA (AUTOR)		HALLANA ANTONNYA DE OLIVEIRA BONIFACIO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70650970	06/11/2020 15:51	Microsoft Word - 2708832_MANIFESTACAO_LAUDO	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE GOIANA/PE

Processo: 00001151720208172218

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GENTIL BERNARDO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

GOIANA, 5 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0000115-17.2020.8.17.2218**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Goiana**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.813,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENTIL BERNARDO DA SILVA (AUTOR)		HALLANA ANTONNYA DE OLIVEIRA BONIFACIO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70650971	06/11/2020 15:51	ANEXO 1	Outros (Documento)

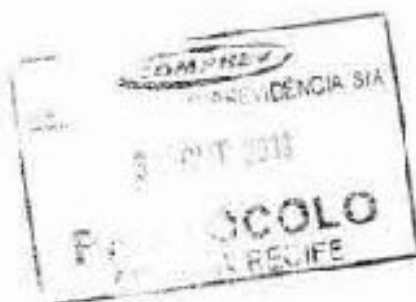
LAUDO MÉDICO

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 A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO D.
NO MOMENTO, AINDA COM MEMBRO SUPERIOR DIREITO IMOBILIZADO, PERMANECERÁ COM TALA LUVA POR MAIS QUATRO SEMANAS

CID : G525; G560; M840

Hugo Freitas de Araújo
Ortopedia / Traumatologia
CRM 14.887 / Microcirurgia
CRM 14.887 - 15-13

HUGO FREITAS DE ARAÚJO
MÉDICO
CREMEPE 15483



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / ESCLARECIMENTO

NOME: Gonhl. Bernardo da Silva REG: 125829
IDADE: 71 anos SEXO: MALE DATA DA ADMISSÃO: 19/03/19 DATA DA ALTA: 20/03/19

DIAGNÓSTICO: 2^o DGE de LE e drenagem cavitária (sec. - trauma abdominal fechado)

TRATAMENTO REALIZADO:

Paciente submetido a 1^a e 2^a drenagem cavitária com intercorrência. De
acordo com a 1^a drenagem volume de líquido livre (sangue), hematoma
retroperitoneal zona 1, não expansível em anexo peritramisocóico.
Sito intraoperatório de cavidades peritoneais com identificação de lesões
de vísceras e de vísceras e coleto cavitário.

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 ÁGUA E SABÃO
- NÃO USAR POMADAS, CRÉMES, UNGUENTOS, R FOCINA, MERCÚRIO OU SIMILARES SOBRE A FERIDA
- EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS ATÉ O RETORNO AO AMBULATÓRIO
- 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 as 22:00h e comparecer à emergência
de 06:30h da manhã no dia do exame.

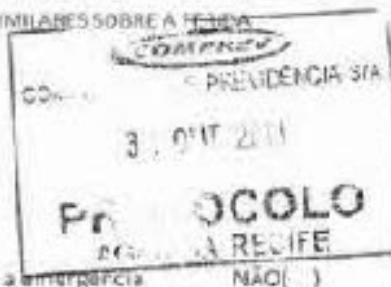
PROGRAMA APÓS ALTA:

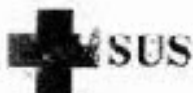
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

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	HOSPITAL MIGUEL ARRAS	2 - CNES	613160
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAS	4 - CNES	613160

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	GENTIL BERNARDO DA SILVA			6 - Nº Fronteirão	123888
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Estado	11 - Endr	12 - Endr
105704092501380	27/09/1947	☒ M ☐ F	03 - Paraíba	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA PEDRO SOARES			12 - Telefone de Contato	819711117
13 - Nome Responsável	IVANE DA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	JOÃO MACARANDUBA, 100 - TEJUCOPAPO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
GOIANA	269620	PE	55900000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 1 DA		
21 - Condições que justificam a internação	TRATAMENTO CIRÚRGICO		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID-10 Primária	25 - CID-10 Secundária	26 - CID-10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO	S39.9	V290	S52.5

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código de Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	0407040161		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF de Profissional Solicitante/Assistente)
CIRURGICA	2	☒ CNS ☐ CPF	680019218437531
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data de Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	16339
SORMANI DE CARVALHO BRITO	17/02/2015		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ Acidente de Trânsito	39 - CNP / Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - ☐ Acid. Trabalho Tipoc	42 - CNP / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CENP
38 - ☐ Acid. Trabalho Tarefa			
45 - Vínculo com a Previdência			
☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Apos			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Orgão Emissor
	EX0000001
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)

Código do Laudo: 489414

AIH
261910215104-0





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAS	2 - CNES	5401569
3 - ESTABELECIMENTO EXCUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAS	4 - CNES	5401569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	GENTIL BERNARDO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	123889
7 - CNES do Hospital	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RazaCor	10.1 - Corse	0000 - Não Se Aplica
700304062061300	27/09/1997	M	23 - Parda	12 - Telefone do Contato	8197310417
11 - Nome da Mãe	MARIA PEDRO SOARES			14 - Telefone do Contato	
12 - Nome Responsável	MARIA PEDRO SOARES			15 - Endereço (Rua, N.º, Bairro)	JOAO MACARANDUBA, 100 - TEJUCOPARAO
16 - Município	17 - BOM	18 - UF	19 - CEP		
GOIANA	240620	PE	55900308		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Descrição da Lesão e/ou Sintomas Clínicos	TUMOR NA ABDOMINAL EVOU UNICO COM DOR ABDOMINAL DIFUSA		
21 - Condições que justificam a internação	CCESSO A CURE DE CURGIA		
22 - Principais Manifestações de Processos Diagnósticos	TUMOR NA ABDOMINAL EVOU UNICO		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundária	26 - CID 10 Causas Associadas
AS DOME AGUDO	R100	R100	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
DIAGNOSTICO E/OU ATEENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA	0301063070		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Auxiliar
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF	68001527616537
33 - Nome do Profissional Solicitante/Auxiliar	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura (Assinatura do Profissional Solicitante/Auxiliar)	36 - Assinatura (Assinatura do Profissional Autorizador)
PETERSON CAVA CANTINOLANDA	15/03/2018	Dr. Peterson C. Holanda Cirurgião Geral / UO de Urologia CRM PE: 16.585	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - Tipo de Acidente	38 - CNPJ Seguradora	39 - Nº do Seguro	40 - Tipo de Seguro
37.1 - Acidente de Tráfego	38.1 - CNPJ Seguradora	39.1 - Nº do Seguro	40.1 - Tipo de Seguro
37.2 - Acidente de Trabalho	38.2 - CNPJ Seguradora	39.2 - Nº do Seguro	40.2 - Tipo de Seguro
37.3 - Acidente de Trabalho	38.3 - CNPJ Seguradora	39.3 - Nº do Seguro	40.3 - Tipo de Seguro
41 - Tipo de Acidente	42 - Tipo de Acidente	43 - Tipo de Acidente	44 - Tipo de Acidente
() Emprego () Desemprego () Aposentado () Não Seguro	() Emprego () Desemprego () Aposentado () Não Seguro	() Emprego () Desemprego () Aposentado () Não Seguro	() Emprego () Desemprego () Aposentado () Não Seguro

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador	46 - CNES do Hospital	47 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	2200000001	
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)	

Código do Laudo: 4095C1



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **469501**

Usuário: JULIANAP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: GENTIL BERNARDO DA SILVA	Prontuário: 123889
Idade: 71a 8m 21d	Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão:	Data de Nascimento: 27/05/1947
R.G.: 1147211	Escolaridade:
C.P.F.: 4322/465434	Telefone: CEP 55030900
Endereço: RUA MACARANDUBA	100 - TEJUCUPARA - GOIÂNIA - 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
Médico Internação: PETERSON CAVALCANTE HULANVA	Leito: VERDE-15

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
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: CONDICAO ESTABIL	
Diagnóstico Principal.....: FRATURA DO OMBRO	
Diagnóstico Secundário01.:	
Diagnóstico Secundário02.:	
cedimento.....: TRATAMENTO QUIMICO	

REVISADO
COPIA-MAF
COL...
31.03.2019
P. COLO
Médico e CRM RECIFE

R. Luciana da Costa 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, anestésicos, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

R. Luciana da Costa da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 469501

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	GENTIL BERNARDO DA SILVA			Previdenciário:	123880
Idade:	71a Dm 21d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:				Data de Nascimento:	27/06/1947
R.G.:	1147211	C.P.F.:	43227463434	Telefone:	
Endereço:	JOAO MACAIA DOURA			CEP:	53500000
			CIDADA:	COTANS	
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
Médico Internação:	PARTONISTA AQUILUPUA			Leitor:	VERDE 15

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Jerção:	Numero:	
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:	LIVREMENTE ESTÁVEL				
Diagnóstico Principal.....:	FRATURA DE EXTREMIDADE DISTAL DO MÃO.				
Diagnóstico Secundário01.:					
Diagnóstico Secundário02.:					
condimento.....:	CURTIDOR DE CURTIDOR				
REVISADO COH-HM					
Dr. Anderson Oliveira Rocha Ortopedista Traumatologista CRM-PE 26.720					
Médico e CRM: COH-HM 3. OUT 2011					
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, de qualquer natureza 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 CLASSIFICAÇÃO REDE IMI

Data e hora recebida 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: 110895



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.

Exatidão sintoma:

TRAUMA

criminação(es):

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

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 75.00 RPM
- 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
- SATURACAO DE OXIGENIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.30 °C

REVISADO
NEF/IMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele/

Sim () Não (X)

Local

LUAN PREXEDES
427217-EN
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



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 409414 Prontuário: 123889 SAME: 110695 Hora Atend: 22:16 Data Atend: 16/03/2019
Paciente.....: GENTIL BERNARDO DA SILVA
Endereço.....: JOAO MACARANDUBA
Bairro.....: TEJUCO PAPO
Cidade.....: GOIANA
Occorência.....: 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 METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



DIAGNOSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 463414 Prontuário: 123608 SAME: 110090 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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÃES DE ALENCAR





HOSPITAL
MICHEL ARRAS



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____
Clínica: _____ Data: _____

Data/Hora

28/08/2019

Cirurgia de Mão

Condiciona com o uso de prótese de mão + Snd compressão N. Mediano
C.O. Intenso para tratamento cirúrgico.

Dr. Livio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 22904 / TROT 15131

11/09/2019

Cirurgia de Mão

Comunicação Visão do Rádio + Síndrome Compresiva
do Ulnar no Braço

24 Semanas de RQ

Paciente relata grande melhora do quadro clínico
em MSD

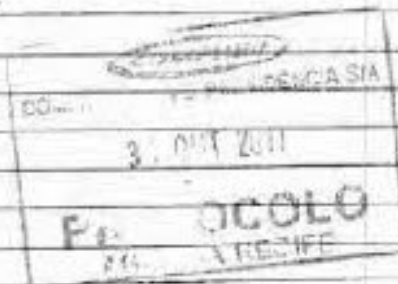
Exame: ED com bom aspecto

A radiografia: Enrijecimento importante do rádio

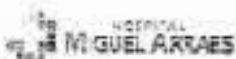
Col: Colúmbio + tela livre

Retorno com 4 semanas

Hugo Freitas de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão / Microcirurgia
CRM/PE - 15.83







EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Genio Benito Registro: _____
Atividade: _____ Enfermeiro(a): _____ Médico: _____

Data/Hora

05/06/2019

Aut. Concomitante

Tramite no Nível de Atenção

Tramite no Nível de Atenção

Tramite no Nível de Atenção

Tramite no Nível de Atenção

Tramite no Nível de Atenção

Tramite no Nível de Atenção

Tramite no Nível de Atenção

DOCT	3.000 2019
PR	3600
RECE	



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	H E G H
00:30	Pr. COLO
	Salve toda qualificação no prontuário última de acidente motociclistico há 01 dia, evoluindo com dor abdominal e "diarreia com sangue".
	Exame: Abdomen flácido, porém doloroso à palpação sem alteração insuflado.
	at - Parar SVA
	- Sol. TAE de abdome e/contorno
	- Zoro de 100 NO.

Sustentação de Gênes
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
CRM 100.000



Atendimento: 459501

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

Dt Alta: 28/03/2019 - 17:45

Paciente: 123889 GENTIL BERNARDO DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 44 OGIF-411-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: BRUNAGES

CIJ

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

Observação de Alta

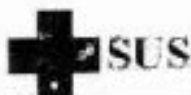
THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS



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	6431549
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431549

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	
706704392001390	27/06/1947	M	03 - Parda	0060 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARIA PEDRO SOARES			12 - Telefone do Consult	8197318117
13 - Nome Responsável	MARIA PEDRO SOARES			14 - Telefone do Consult	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA ENGENHO MASSARANDUBA, 100 - CENTRO				
16 - Município	17 - BOE	18 - UF	19 - CEP		
GOIANA	200520	PE	55060974		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos: PACIENTE COM DEFORMIDADE EM PINHO DIREITO E PARESISES EM OMBRO, COTOVELO E MÃO DIREITA APÓS TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO DISTAL, DIREITO. EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO VIOLESA E COMPRESSÃO DE NERVO MEDIANO.

21 - Condições que justificam a internação: NECESSIDADE DE CIRURGIA

22 - Principais Resultados de Exames Diagnósticos: RX - ANTERIO-POSTERIORES

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

24 - CID 10 Principal: S625
25 - CID 10 Secundário: V299
26 - CID 10 Causas Associadas: out/solado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CENTRALIZAÇÃO DO PUNHO

28 - Especialidade	30 - Centro de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS, CIP) do Profissional Solicitante/Responsável
CIRÚRGICA	2	01/098	2016007-1050007
Assinatura Profissional Solicitante/Responsável	33 - Data da Solicitação	34 - Assinatura do Responsável pelo Conselho	35 - Assinatura do Responsável pelo Conselho
HUGO FREITAS DE ARAUJO	28/08/2019	Adauto Telino	Adauto Telino

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS, ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

36 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Sinistro	41 - Data
37 - CNPJ Trabalho	42 - CNAC / Empresa	44 - CBO
38 - CNPJ Trabalho		
39 - Vínculo com a Previdência	45 - Aposentado	
☐ Envolvido	☐ Empregado	☐ Autônomo

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	48 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar
	E360000001	
49 - Documento	50 - Nº do Documento (CNS/CIP) do Profissional Autorizador	
1 - CNS	1 - CIP	
51 - Data de Autorização	52 - Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador	
	Adauto Telino	

Código do Laudo: 492717



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **492744**

Usuário: JEFFERSONAPEA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GENTIL BERNARDO DA SILVA** Prontuário: 123686
Idade: 72s 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 CENTRO CONTINUA - PE
Endereço: RUA ENGENHO MESSARANDURA, 100
Dados da Internação
Origem: AMBULATORIO EGRESSO Data e Hora da Internação: 28/8/2019 10:10
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVAÇÃO Leito: VERDE2-29
Médico Internação: HUGO FREITAS DE ARAUJO

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 29/08/19 Hora da Alta: 10:59

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

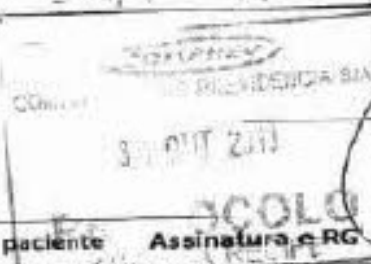
Condições de Alta: BOM

Diagnóstico Principal.....: Fr. consolidação. Glând. Prost. D.

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....:



Médico e CRM: **Filipe Guedes**
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 28.683

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRARES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesia, transfusão, 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 _____

Gentil Bernardo da Silva
Assinatura e RS do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: GENTIL BERNARDO DA SILVA REG: 123889

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

LEITO:

DATA/HORA	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO
29/8/2019	PACIENTE COM DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO E PARESTESIA EM QUIRODÁCTILOS DA MÃO DIREITA APÓS TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO (FRATURA OCORREU HÁ 5 MESES). EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E COMPRESSÃO DE NERVO MEDIANO.
10:31	
29/8/19	Plano realizado com um grupo de 12 membros em quarteirão. Mestre Damião Gomes João Dr. Expanso Dr. Capitão Paulo Dr. Oliveira profeta Dr. Lívio Costa Ortopedia e Traumatologia Fone: 27604-1507 / 25931 Dr. Filipe Ortopedia e Traumatologia Celular: 324654
10:40	em tempo: Lado direito com Dr. Lívio e Dr. Augusto para hospital e petano Amador com 1 semana para Dr. Hugo Freitas.

3. MAY 2001
F. COLO
RECIFE

Dr. Flávia Guedes
Médica Residente
CRM-PR 25.680



Arquivo de Cirurgia: 58763
Paciente: 123889
Convênio Atend:

Sala: 0001 SALA 01
GENTIL BERNARDO DA SILVA

Atendimento:
Carteira:
Idade: 77 Anos

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

Cid Pré-Operatório:
Cid Pós-Operatório:

Procedimento: 0408020431 TRAT CIR FRAT DIAFIS UNICA RADIO CU ULMA (PRINCIPAL)
Convênio: DGT SUS - INTERNACAO
Anestesia: 29 BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

QUIRURGIA
ESTESISTA

15483 HUGO FREITAS DE ARAUJO
2680 GENESIO COMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL + SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO
INTERVENÇÃO: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO RÁDIO + TRAT CIRÚRGICO DAS NEURIPATIAS
COMPRESSIVAS

OPERADOR: HUGO FREITAS
1º AUXILIAR: LIVIO COSTA (R4)
2º AUXILIAR: FELIPE GUEDES (R2)
3º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: DR GENESIO
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO + SEDAÇÃO

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB INDUÇÃO ANESTÉSICA
2. ASSEPSIA+ANTISSEPISIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTERIS
4. INCISÃO EM DORSO DO PUNHO D, MEDINDO CERCA DE 10 CM
5. DIVULSÃO POR PLANOS ENTRE II E IV COMPARTIMENTOS EXTENSORES
6. OSTEOTOMIA DE RÁDIO DISTAL COM AUXÍLIO DE 02 FK 2.0.
7. RETIRADA DE ENXERTO CORTICO-ESPONJOSO DE OLECRÂNICO
8. COLOCAÇÃO DE ENXERTO DE OLECRÂNICO 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 TOCA 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 LIVIA



Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Felipe Guedes
Félio Guedes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 28.826

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE PLENAR



Atendimento: 492744

Dt Atendimento: 28/08/2019 - 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 VERDE-29

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MAYARAAM

CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Procedimento de Alta 0408070844 - TRATAMENTO CIRÚRGICO E CENTRALIZAÇÃO DO PLUNHO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	GENTIL BERNARDO DA SILVA			6 - Nº Registro	123389
7 - Cópia Nacional SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - etnia	0000 - não se aplica
709704082061330	27/06/1947	☒ M ☐ F	03 - Parda	12 - Telefone de Contato	8197318117
11 - Nome de Mãe	MARIA PEDRO SOARES			14 - Telefone de Contato	
12 - Nome Responsável	IVANILDA				
13 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	JOÃO MACARANDUBA, 100 - TEJUCOPAPO				
16 - Município	17 - BGE	18 - UF	19 - CEP		
COIANA	259121	PE	5530000		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sinais Clínicos	DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTA HA 1 DIA		
21 - Condições que justificam a internação	TRATAMENTO CIRÚRGICO		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	RANHELO + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA		
23 - Diagnóstico inicial / Código	24 - CID 10 Primária	25 - CID 10 Secundária	26 - CID 10 Causas Adicionais
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	539.9	V206	5525

PROCESSAMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METARSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	0407040161	
30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CVS () CPF
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)
SORMANE DE CARVALHO BRITO	17/03/2019	10339
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)		
36 - CNPJ Seguradora	37 - Nº Boleto	38 - Sine
39 - CNPJ Empresa	40 - CNAE / Empresa	41 - CBO

42 - Vinculo com a Previdência	43 - CNPJ	44 - CNPJ	45 - CNPJ	46 - CNPJ
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () APO				
AUTORIZAÇÃO				
47 - Nome do Profissional Autorizador	48 - CNPJ	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)
		E290000001		

AIH
261910215104-0



Código do Laudo: 469414



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	Data de Nascimento: 27/06/1947
Profissão:	Escolaridade:
R.G.: 1142213	C.P.F.: 43227465434
Telefone: 100 - TELUCRAPO	CEP: 5400000
Endereço: JOAO MACARANDUBA	CIDADE: COLANA
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
Médico Internação: PETERSON CAVALCANTI HOLANDA	Leito: VERDE-15

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.: 03/01/19
Profissão:	Número:	10/02/19
Idade:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data de Alta: 28/03/19	Hora da Alta:
Notivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: GIN LANCATE GERAL	
Diagnóstico Principal.....: ENFERME GERAL DO NARIZ	
Diagnóstico Secundário01.:	
Diagnóstico Secundário02.:	
Procedimento.....: TUMORECTOMIA GIN LANCATE	
REVISADO COM-HM COLO 31/03/2019 FOLHA 01 DE 01	
Médico e CRM: R. Yacimilda 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 _____


 Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 409414 Prontuário: 123885 SAME: 150895 Hora Atend: 22:16 Data Atend: 16/03/2019
Paciente.....: GENTIL BERNARDO DA SILVA Idade: 71 a
Endereço.....: IDAD MACARANDUBA
Bairro.....: TEJUCOPAPO
Cidade.....: GOIANA
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
CIC Principal.....: - UF: PE CEP: 0500000
CIC's Secundários: - Plano: PLANO UNICO
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNAÇÃO
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



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 469501

Usuário: JULIANAP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: GENTIL BERNARDO DA SILVA	Prontuário: 123889
Idade: 71a An 21d	Sexo: M
Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 27/06/1949
Profissão:	Escolaridade:
R.G.: 1147211	C.P.F.: 43227465434
Endereço: JOAO MACARANDUBA	Telefone: 100 - TELUCOPAO
	CEP: 55900606 - 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 OBSERVACAO
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: VERDE-15

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Jerêco:	Numero:	
Telefone:	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: GENTILMENTE ESTÁVEL	
Diagnóstico Principal.....: FRATURA DO EXTREMIDADE DISTAL DO MÊMBRO INFERIOR DA MÃO ESQUERDA	
Diagnóstico Secundário01.:	
Diagnóstico Secundário02.:	
Tratamento.....: TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO	
	Dr. Hudson Oliveira Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM: 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 cirúrgicos e clínicos (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.

Em _____ de _____ de _____

 Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: JULIANAPP
Em: 18/03/2019 04:41

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 469414 Prontuário: 123889 SAME: 150695 Hora Atend: 22:16 Data Atend: 16/03/2019
Paciente.....: GENTIL BERNARDO DA SILVA Idade: 71a
Endereço.....: JOÃO MACARANDUBA
Bairro.....: TEJUCOPAPO
Cidade.....: GOIÂNIA
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
CID Principal.....: -
CID's Secundários.....: -
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNAÇÃO
Data Saída.....: 17/03/2019
UF.: PE CEP: 55908000
Plano.: PLANO UNICO
Hora Saída: 22:16

Prescritor da Evolução Médica: SORMANE DE CARVALHO BRITO



SORMANE DE CARVALHO BRITO / 16338
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IME

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: 460414
SAME: T10050

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 BERLAIMINO CORREIA COM RELATO DE COLUÇÃO COM MOTO NA PE 62, FRATURA DE RADIO DISTAL HÁ 6 HORAS (SIG).

Observação: NEGA COMORBIDADES.

Programa sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Líderes:
- 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): 36.00 °C

**REVISADO
NEP/IMA**

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local: Lesão de Pele
Assinado por: LUAN PREXEDES
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 de Classificação:

P0010

Pacientes: 123889 GENTIL BERNARDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 27/06/1947

Idade: 71 anos

Convênio: 2

SUS - EXTERNO / IRAPUAMA

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

DE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nº Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Flore:

Queixa Principal

Dores e inchaço no abdômen e pernas após atropelamento há 10 dias. Não dorme e vomita.

Exame Físico

Estado geral: satisfatório. Exame físico: normal. Ausculta: normal. Exame de laboratório: normal. Exame de imagem: normal.

Hipótese Diagnóstica

Infecção do trato urinário

Prescrição Médica

Tratamento: antibiótico de amplo espectro, analgésico, anti-inflamatório. Exame de laboratório: normal.

Dose: 200 mg

Tratamento: normal

Tratamento: normal

Tratamento: normal

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	CONTÉUDO
17/3/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	DOR + DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 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: INTERNAMENTO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO

18/03/19
00:30

H E G A

31 OUT 2019

Rm. JOCOLO

Solicitada qualificação para o exame de
ultrassom de punho direito por acidente
ha 1 dia, evoluindo com dor aumentada
e "dormir com punho".
Ao exame: punho direito, porém
distensão e palpatores sem alteração de
cor.

- Punho SVA
- Sol. TAC de punho e/ou contralateral
- Zom de 100 mg

Estenilson de Góes
Cirurgião de Mão
CRM 15.120



Página: 0001
Data: 18/03/2013
Hora: 17:20

Fls. de Cirurgia		Descrição
Aviso de Cirurgia : 55310 Paciente : 123886 Convênio Atend. : 4 Leite : 894 Dt. Início : 18/03/2019 10:26 Cid Pré-Operatório : R100 Cid Pós-Operatório : R100	Sala : 0004 SALA 04 GENTIL BERNARDO DA SILVA SUS : INTERNACAO VERD2-15 Dt. Fim : 18/03/2019 17:26 ABDOME AGUDO ABDOME AGUDO	Atendimento : 80000 Carteira : Idade : 71 Anos

Procedimento: 0407040161 LAPAROTOMIA EXPLORADORA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 45 GERAL ENDOVENOSA + INALATORIA SEM REINALCÃO

1	IRGIAO	15974	ARNALDO AMORIM DE LEMOS NETO
2	3TEGISTA	2380	GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica :
DESCR.ÇÃO OPERATÓRIA

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO + PANGREATITE PÓS-TRAUMÁTICA
CIRURGIA PROPOSTA: LAPAROTOMIA EXPLORADORA+DRENAGEM CAVITÁRIA
CIRURGIA REALIZADA: A MESMA

COPIA DE CARTÃO DE PREVIDÊNCIA SIA
31 OUT 2019
PR. COLO
ACOLHIDA RECIFE

D. Peterson C. Holanda
Cirurgia Geral / Vascular
CRM-PE: 18.585

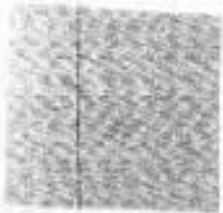
CIRURGIAO: DR. PETERSON C. HOLANDA
1º AUXILIAR: DR. KELVIN
2º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: DR. GENESIO GOMES DA CRUZ
ANESTESIA: GERAL
ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA: NÃO HOLVE
DESCRIÇÃO:
PACIENTE EM DECUBITO DORSAL, SOB ANESTESIA GERAL
ASSEPSE E ANTI-SEPSA COM PVP
a) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
c) INCISÃO MEDIANA XIFO-PUBIANA + ABERTURA POR PLANOS
5) ACHADOS:
A. MODERADO VOLUME DE LÍQUIDO LIVRE INTRACAVITÁRIO (GANGUE); HEMATOMA RETROPERITONEAL ZONA 1, NÃO
EXPANSÍVEL, MANDAR SUPRAMESOCOLICO;
B) CONDUTA:
A. REALIZADO INVENTÁRIO DA CAVIDADE PERITONEAL COM MANOBRAS DE CATTEL, SEM SEREM IDENTIFICADAS
LESÕES DE VISCERAS OÇAS OU SÓLIDAS
8) TIDAL ETE CAVITÁRIA
9) REVISÃO DE HEMOSTASIA
10. COTAGEM DE COMPRESSAS
11. FECHAMENTO POR PLANOS COM VYCRIL D
12. SUTURA DA PELE COM NYLON 3.0
13) CURATIVO

Achados Cirurgicus:

Descrição Complementar

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

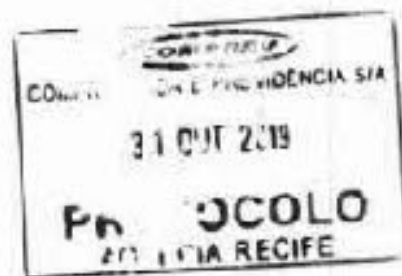




HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2300 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

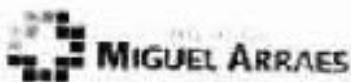
Página: 001/2
Data: 18/03/2019
Hora: 17:20

DR(A) : ARNALDO AMORIM DE LEMOS NETO
CRM : 16374



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





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 AMBULATORIOS, 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 RECEITÁRIO 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 PURULENTE, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Hudson Oliveira Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.720



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Pazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



Atendimento: 469304

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

De Alta: 29/03/2019 - 17:46

Paciente: 123889 GENTIL BERNARDO DA SILVA

Serviço: 10 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 44 CG1F-411-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

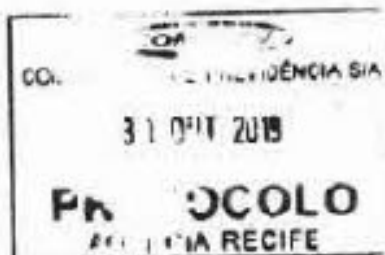
Usuário: BRUNAGFS

CID:

Procedimento de Alta C30100-0070 - 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 ARRAS DE ALENCAR







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190614193 Cidade: Goiânia Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: GENTIL BERNARDO DA SILVA Data do acidente: 16/03/2019 Seguradora: MBM SEGURODORA 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 (PÂNCREATITE 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 sequelas

Documento/Motivos:

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 %	Fra 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: Goiânia Natureza: Invalidez Permanente
 Vítima: GENTIL BERNARDO DA SILVA Data do acidente: 16/03/2019 Seguradora: MBM SEGURODORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração de IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO;
 TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL (FANC REATITE PÓS TRAUMÁTICA).

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

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

Sequelas: Com seqüela

Documento/Motivos:

Nome do documento
 faltante:

Aparentamento 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 %	Fm grau médio - 53 %	13,5%	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
CPF de: Próprio
Titular do CPF: GENTIL BERNARDO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Invalidez 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

GENTIL BERNARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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 80. 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, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614193

Vítima: GENTILBERNARDO 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 5.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados 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

Carta nº 15042473

Pac. 01 38101744 - carta_31 - INVALIDEZ

90010072





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 80. 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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190614193

Vítima: GENTILBERNARDO 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 R\$ 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

Exclusivos (tipo) de cobertura:

UNICA (DESSEMPENHO DE ASSISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do contrato do ASG:

3 - CPF da vítima:

432.214.654-39

4 - Nome completo da vítima:

GENTIL BERNARDO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PARA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR/USEP Nº 46/2012

5 - Nome completo:

GENTIL BERNARDO DA SILVA

6 - CPF:

432.214.654-39

7 - Profissão:

RECEBE

8 - Endereço:

Estrada Messias Nova

9 - Número:

300

10 - Complemento:

CANTO

11 - Bairro:

RUA GOIABA

12 - Cidade:

GOIABA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55.900-000

15 - E-mail:

SERVICO@CONIEACAO.DI@HOTMAIL.COM

16 - Tel (fixo):

99135064P - PI

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 1 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:

R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00

R\$ 1.000,00 A R\$ 2.000,00

R\$ 2.000,00 A R\$ 5.000,00

SEM RENDIM.

R\$ 0,00 A R\$ 2.000,00

ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POUPANÇA (Sistema poupança e prazo fixado. Apenas uma opção)

Banco (237)

Banco (241)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA:

0774

013

CONTA:

074891

AGÊNCIA:

074891

CONTA:

074891

(informar o código de verificação)

(informar o código de verificação)

(informar o código de verificação)

(informar o código de verificação)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE IMPL. 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 reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Não motivo a ausência de laudo de reconhecimento de invalidez por incapacidade do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, por concordar, desde já, em me submeter à avaliação médica de rotina da Seguradora Líder para verificação da residência e quantificação dos danos materiais decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.191/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta declaração não significa qualquer concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado(a) Civil

Família

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Caso de morte com 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 parentes (avós, tios, etc.):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Vivos:

Falecidos:

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

34 - Se tinha pais/avós, informar:

Vivos:

Falecidos:

35 - Vítima deixou irmãos vivos?

Sim

Não

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

36

37 - Nome legível de quem assina o pedido:

38 - CPF legível de quem assina o pedido:

39 - (Assinatura de quem assina o pedido)

40 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

41 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Local e Data:

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019



1996: SCOTLAND'S 100th BIRTHDAY

CSA 45024110-0

2000-01-01

11月14日 星期三

[illegible]

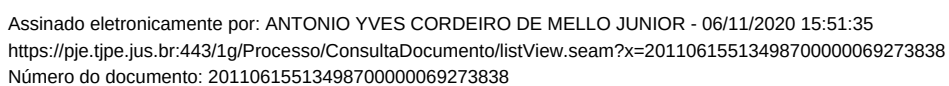
DATE: 03/07/17, 07:09:00 (03/07/17)
 NAME: A. 0774
 03/07/17, 07:09:00

019

DOI: 10.1002/anie.200600879

LITHIUM IALUXA

H-762107 (continued)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC.DINTERI/1ªDESEC

05/04/2019 14:57

de 2

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 - Culpeiro (Consumado)
que aconteceu no dia 16/3/2019 no período da Tarde

Local ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE GOIANA, 95, 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 perseguição da ocorrência) - que estava em posse do(s)
Sr(a) GENTIL BERNARDO DA SILVA



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

GENTIL BERNARDO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
PEDRO SOARES Per: JOSE BERNARDO DA SILVA Data de Nascimento: 27/8/1987 Nacionalidade:
ITAMBÉ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1147211/009PE (RG) 40227468404
(CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: APOSENTADO
Telefones Celulares:
- 36182184

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE GOIANA, 109, RUA ENGENHO MASSARANDUBA,
FLEXEIRAS - CEP: - Bairro: - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, SUPERMERCADO TACHI

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO

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

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

Complemento / Observação



diets de omnivores

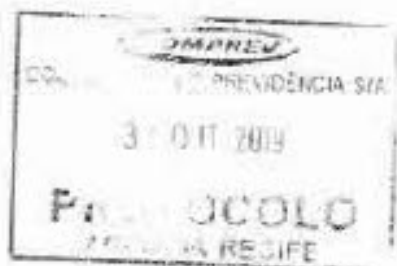
Free/PC: AccessPolyma.Cm/Ita.fppolyma/B-0E2revia

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 A TROPELA-LO, INFORMANDO OUTROSSIM QUE DESACORDOU NO MOMENTO E QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE ESTAVAM NO LOCAL, QUE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREA E A POSTERIOR FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL NIGUEL ARRAS, 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

ZENIL BERNARDO DA SILVA
 (VITIMA)

5.02. registrado por: LUIS HUMBERTO DE SALES PUNTAO - Matrícula: 3870578





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exclusão(s) (tipo) de cobertura:

UNICA (DESIGNADA ASSISTENCIA MEDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº Juízo do ASG:

3 - CPF de vítima:

432.27654.39

4 - Nome completo da vítima:

GENTIL BERNARDO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PARA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR/USEP Nº 46/2012

5 - Nome completo:

GENTIL BERNARDO DA SILVA

6 - CPF:

432.27654.39

7 - Profissão:

RECEBE

8 - Endereço:

EUGENIO MACHADO

9 - Número:

300

10 - Complemento:

CANTO

11 - Bairro:

NOVA GOIATIA

12 - Cidade:

GOIATIA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55900-000

15 - E-mail:

SERVICO@CONFECAOES@HOTMAIL.COM

16 - Tel (fixo):

99135064P - P1-

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 1 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:

RECEBOS DE INFORMAR
SEM RENDIM.R\$ 1,00 A R\$ 1.000,00
R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 2.500,00R\$ 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Sistema poupança e prazo de prazo. Apenas uma opção)

Banco (237)

Banco (241)

Banco do Brasil (001)

Banco Guanabara Federal (204)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0774

013

CONTA:

074891

AGÊNCIA:

074891

CONTA:

074891

(informar o código de verificação)

(informar o código de verificação)

(informar o código de verificação)

(informar o código de verificação)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE IMPLACIDAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para as fins de reconhecimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Não motivo a ausência de laudo de reconhecimento da invalidez permanente do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, por concordar, desde já, em me submeter à avaliação médica de rotina da Seguradora Líder para verificação da residência e quantificação dos danos materiais decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.191/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta declaração não significa qualquer concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado(a) Civil

Família

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Caso de morte com 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 tiver filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou parentes (avós, tios, etc.):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tiver 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 aos únicos beneficiários que se apresentarem e providem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido:

36 - CPF legível de quem assina o pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina o pedido:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

02/2019



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



2a V A



CELPE
www.celpe.com.br

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0400-727-2167; Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos + móveis

CPE 204,345,586.9*

平島野山、山崎山、山崎山、山崎山

0.00

DATA DA APRESENTAÇÃO
14/10/2019

NO SO CLIENTE

Nº DO CLIENTE

WPA INSTALLATION
000-422183

VIA ENGINEER MASSARANDUZZA 100

NONA GOJARA/GOJANU
SISIL-600 GOJANA PE

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

REMITIDO AO FISCO

707A.3508.2EEE.C574.69AE.F537.0900.E187

As condições gerais de funcionamento (classificação ABNT: 4-4/2012, artigos, produtos, serviços prestados e tributos) se encontram à disposição para consulta em nossas unidades ou através de e-mail para: atendimento@casal.com.br

DENOMINAÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Água(M³)	123,00	0,81009652	R\$.11
Acreditaçao Bandeira AMARELA			1,10
Acreditaçao Bandeira VERDE/LUA			4,17
Custos, Item, Publica Municipal			0,29
ICMS Subvenção-ZDFMF 871104382-1308/19			0,10
TOTAL DA TATUJA			102,30

TARIFAS AUTORIZADAS		RESUMO DO CONSUMO	
Consumo autorizado:	5,5MWh	OCT 19	120
		SET 19	104
		AGO 19	110
		JUL 19	105
		JUN 19	106
		MAY 19	116
		ABR 19	116
		MAR 19	05
		FEB 19	91
		JAN 19	118
		DEC 18	81
		NOV 18	117
		OCT 18	85

COMPARATIVO DO CONSUMO							
		KWh	%			KWh	%
Sistema de Energia	15,24	15,83					
GERACAO	1,46	1,47					
Distribuição (Perdas)	11,51	21,81					
Energia Solarizada	5,20	4,86					
Tributos	11,80	22,31					
Preços de energia	8,87	8,84					
TOTAL	103,42	90					

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
IRPJ		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
995,45	20,00	20,21	104,03	1,30	1,35	105,00	5,35
						5,58	

NOME DO MEDICOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	SIGNIFICANTE	A JARTE	CONSUMO LITROS
		DATA	VALOR	DATA	VALOR				
MOTZEL	CAT	10/02/98	13.350,00	14/08/98	11.472,00	31	1.0046H	0,00	123,10

© 2006 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 260: 179–187

[illegible]

Pague por mais perto de você com o cartão eletrônico de depósito na Agência de mais de 32 centros e intermediários bancários - aqui sua agenda está na 2ª seção. Lista completa em www.cooperbombr.com.br.
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.anasig.org.br.
Cobranças, em nome eletrônico: CDC, Associação Coopers, Sindicato 33-00-001.
O cliente é responsável quando há violação na continuidade individual de de nível de tensão no fornecimento.
Pague em alguns dias mais 25 (R\$14,00/UNIT), Juros 1,5% ao mês, 15-03-2009 e sempre mantenha o preço.
O cliente é responsável quando há desajustamento de preço definido para os sacos de atendimento comercial.

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	212	231

A. TENTE AÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUÍ

CONTA CONTABIL

WILEY

TOTAL A PAGAR(R)

VENCIMENTO

WITNESSETH:

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
O cartão será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

