



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1033684/2018.

NOME: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO.

Foi atendido às 18h36 do dia 30.09.2018.

Diagnóstico provável: TCE

ferimento em joelho esquerdo  
fratura fechada de platô tibial (E)  
(Atropelamento)

Tratamento realizado:

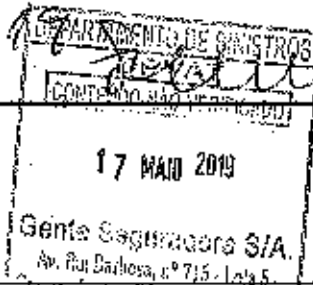
feitura e limpeza do ferimento  
tala coxo-podálica (E)  
Exames complementares  
Trat. de suporte clínico

Obs. Alta em 04.10.2019

Dep. transferências para  
outra Unidade Hospitalar

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 13.09.2019



SES - Hospital da Restauração  
Dr. Francisco Serra  
Diretor de Saúde  
CNPJ: 07.000.000/0001-91

**Atenção:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07376

CONTA: 000000029567-6

---

Autenticação:

0A8FA1D877D837FC6DEA03F6EBAC99F34A8D8DE14C871E9E84B5D3A0D5B7C838



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
Companhia Energética de Pernambuco  
Rua João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51090-902  
CNPJ 10.895.092/0001-08, Ins. Est. 0105643-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSEFAMARIA CRISTOVAO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA IRMA GERTRUDES DE ALENCAR 57

CPF: 583.522.794-20

SULTRINE OLINDA  
OLINDA PE  
53240-290

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

35/05/2014	ÚNICA	10/04/2019
10/04/2019	200.000007	20.0000

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	144.000000	0,77338932	111,37
Contrib. Irm. Pública Municipal			9,84
ICMS Subvenção-CDE-NF 043296805-11/01/19			1,27
ICMS Subvenção-CDE-NF 053391438-11/02/19			1,77
Multa por atraso-NF 050081428-11/02/19			1,06
Juros por atraso-NF 080091439-11/02/19			0,55
Atualização IGP-M-NF 050081438-11/02/19			0,78

TOTAL DA FATURA

126,2

Nº DO VENDEDOR	Tipo de Faturamento	DATA	ANOTAC. LECTURA	DATA	ANOT. LECTURA	Nº DE DIAS	CONSUMO	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
33-33-00000	OUT	12/04/2019	12.000,00	12/04/2019	12.000,00	28	1.0000		111,37

PERÍODO	VALOR	%	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO CONSUMO
ABR10	144	100	27,24	27,24	27,24	27,24	27,24	27,24	27,24
MAR10	140	97,22	26,80	26,80	26,80	26,80	26,80	26,80	26,80
FEV10	128	88,89	23,56	23,56	23,56	23,56	23,56	23,56	23,56
JAN10	100	69,44	18,52	18,52	18,52	18,52	18,52	18,52	18,52
DEZ10	200	138,89	37,04	37,04	37,04	37,04	37,04	37,04	37,04
NOV10	210	145,83	39,00	39,00	39,00	39,00	39,00	39,00	39,00
OCT10	171	119,44	32,00	32,00	32,00	32,00	32,00	32,00	32,00
SET10	160	111,11	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00
AGO10	160	111,11	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00
JUL10	131	91,67	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00	24,00
JUN10	148	102,78	27,04	27,04	27,04	27,04	27,04	27,04	27,04
MAI10	142	98,61	26,00	26,00	26,00	26,00	26,00	26,00	26,00
ABR10	148	102,78	27,04	27,04	27,04	27,04	27,04	27,04	27,04

DEPARTAMENTO DE CONTABILIDADE  
17 MAR 2019  
Gente Seguradora S/A

CLASSE	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
DIC	2,00	4,33	0,07	1,04					
FEV	2,00	4,17	0,06	1,00					
MAI	2,00	2,00	0,00	0,00					

CLASSE	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
DIC	2,00	4,33	0,07	1,04					
FEV	2,00	4,17	0,06	1,00					
MAI	2,00	2,00	0,00	0,00					

126,20 - Valor da fatura de 126,20 - Valor da fatura de 126,20 - Valor da fatura de 126,20 - Valor da fatura de 126,20 - Valor da fatura de 126,20 - Valor da fatura de 126,20 - Valor da fatura de 126,20 - Valor da fatura de 126,20 - Valor da fatura de 126,20

126,20



## FICHA DE INTERLACAO

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

Cód. Atendimento: 447912

RESPONSE DELIVERIES

#### DADOS DO PACIENTE

<b>Paciente:</b> GILMAR JOSE DO NASCIMENTO	<b>Prontuário:</b> 119143
<b>Idade:</b> 42a 5m 21d <b>Sexo:</b> M <b>Estado Civil:</b> SOLTEIRO	<b>Data de Nascimento:</b> 31/5/1976
<b>Profissão:</b>	<b>Escolaridade:</b>
<b>R.G.:</b> 5147398 <b>C.P.F.:</b> 07010050414 <b>Telefone:</b> 987023753	<b>CEP:</b> 53320520
<b>Endereço:</b> RUA IRMA GERTRUDES DE ALNECAR, 57 - ALTO DA NAÇÃO	OLINDA - PE

### Dados de Interação

<b>Origem:</b> URGENCIA/EMERGENCIA	<b>Data e Hora da Internação:</b> 8/10/2018 19:40
<b>Convênio:</b> SUS - INTERNACAO	<b>Plano:</b> GERAL
<b>Unidade Internação:</b> 5 AND - ORTOPEDIA I	<b>Acomodação:</b> ENFERMARIA 4 LEITOS
<b>Médico Internação:</b> PLANTONISTA ORTOPEDIA	<b>Leito:</b> ORTL-S12-LEITO 004

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

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

#### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 18 / 01 / 03 Hora da Alta: 10:45

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

**Condições de Alta:**

**Diagnóstico Principal.....:**

**Diagnóstico Secundário01.:**

**Prognóstico Secundário02:**

cedimento,....:

Responsável pela retirada do paciente ROS Assinatura e RG

## REGIMEN DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRÁEZ 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.

Gracy - Recife/PE - Cel: 32011-660

im de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

# EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: QUINTELLA, TEREZINHA Nascimento

REG: 119.143

CLÍNICA: ORTOPEDIA

ENFERMAGEM: 1001

LEITO:

DATA/HORA	
02/10	4 curativos gerais
03/10	1) 07 curativos
	2) 10 curativos de esparadema
	3) 1 curativo de boca grande
	4) 1 curativo (abertura)
	5) 1 curativo de peito
	6) 1 curativo de peito
	7) 1 curativo de peito
	8) 1 curativo de peito
	9) 1 curativo de peito
	10) 1 curativo de peito
	11) 1 curativo de peito
	12) 1 curativo de peito
	13) 1 curativo de peito
	14) 1 curativo de peito
	15) 1 curativo de peito
	16) 1 curativo de peito
	17) 1 curativo de peito
	18) 1 curativo de peito
	19) 1 curativo de peito
	20) 1 curativo de peito
	21) 1 curativo de peito
	22) 1 curativo de peito
	23) 1 curativo de peito
	24) 1 curativo de peito
	25) 1 curativo de peito
	26) 1 curativo de peito
	27) 1 curativo de peito
	28) 1 curativo de peito
	29) 1 curativo de peito
	30) 1 curativo de peito
	31) 1 curativo de peito
	32) 1 curativo de peito
	33) 1 curativo de peito
	34) 1 curativo de peito
	35) 1 curativo de peito
	36) 1 curativo de peito
	37) 1 curativo de peito
	38) 1 curativo de peito
	39) 1 curativo de peito
	40) 1 curativo de peito
	41) 1 curativo de peito
	42) 1 curativo de peito
	43) 1 curativo de peito
	44) 1 curativo de peito
	45) 1 curativo de peito
	46) 1 curativo de peito
	47) 1 curativo de peito
	48) 1 curativo de peito
	49) 1 curativo de peito
	50) 1 curativo de peito
	51) 1 curativo de peito
	52) 1 curativo de peito
	53) 1 curativo de peito
	54) 1 curativo de peito
	55) 1 curativo de peito
	56) 1 curativo de peito
	57) 1 curativo de peito
	58) 1 curativo de peito
	59) 1 curativo de peito
	60) 1 curativo de peito
	61) 1 curativo de peito
	62) 1 curativo de peito
	63) 1 curativo de peito
	64) 1 curativo de peito
	65) 1 curativo de peito
	66) 1 curativo de peito
	67) 1 curativo de peito
	68) 1 curativo de peito
	69) 1 curativo de peito
	70) 1 curativo de peito
	71) 1 curativo de peito
	72) 1 curativo de peito
	73) 1 curativo de peito
	74) 1 curativo de peito
	75) 1 curativo de peito
	76) 1 curativo de peito
	77) 1 curativo de peito
	78) 1 curativo de peito
	79) 1 curativo de peito
	80) 1 curativo de peito
	81) 1 curativo de peito
	82) 1 curativo de peito
	83) 1 curativo de peito
	84) 1 curativo de peito
	85) 1 curativo de peito
	86) 1 curativo de peito
	87) 1 curativo de peito
	88) 1 curativo de peito
	89) 1 curativo de peito
	90) 1 curativo de peito
	91) 1 curativo de peito
	92) 1 curativo de peito
	93) 1 curativo de peito
	94) 1 curativo de peito
	95) 1 curativo de peito
	96) 1 curativo de peito
	97) 1 curativo de peito
	98) 1 curativo de peito
	99) 1 curativo de peito
	100) 1 curativo de peito

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA  
17 MAIO 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, nº 115 - Lapa 3  
Gratias - Fone: 3333-3333 - CEP: 52011-900

Exame físico normal.

5) Alta hospitalar. 6) Monitor acompanhamento  
aluno, Alta de Curso de Cont.  
da CTA. 7) Alta de Curso  
de Cont. 8) Alta de Curso  
de Cont.



## Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 52282

Sala : 0004

SALA 04

Paciente : 119143

GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Atendimento : 447912

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 228

VERMELHO - LEITO 001

Idade : 42 Anos 8 Dias 22 Horas

Dt. Inicio : 08/10/2018 21:10

Dt. Fim : 08/10/2018 22:35

Cid Pré-Operatório : R100

ABDOME AGUDO

Cid Pós-Operatório : R100

ABDOME AGUDO

## Procedimentos

Procedimento: 0407030123

ESPLENECTOMIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 26

GERAL ENDOVENOSA PURA

## Equipe Médica

CIRURGIO

21271 GUSTAVO H. CHARAMBA DUTRA DE ARRUDA

## Descrição

## Descrição Cirúrgica :

## DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: LESÃO DE BAÇO

CIRURGIA PROPOSTA: LAPAROTOMIA EXPLORADORA

CIRURGIA REALIZADA: LAPAROTOMIA EXPLORADORA+ ESPLENECTOMIA

CIRURGIÃO: DR GUSTAVO CHARAMBA

1º AUXILIAR: DRA LUCIANA CALADO

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: ROSEMARY

ANESTESISTA: DR LEONARDO AVELAR

ANESTESIA: GERAL

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA: NÃO HOUE

## DESCRIÇÃO :

1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL

ASSEPISIA E ANTI-SEPSIA COM PVPI

2) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

4) INCISÃO MEDIANA XIFO-PUBIANA - ABERTURA POR PLANOS

5) ACHADOS:

A. GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE E COÁGULOS NOS QUATRO QUADRANTES.

B. LESÃO GRAU III DE BAÇO.

6) REALIZADA DISSECÇÃO ROMBA DE LIGAMENTOS ESPLENICOS COM COLON, DÍAFRAGMA. FEITO ISOLAMENTO E CLAMPEAMENTO DE HIL O ESPLENICO E LIGAMENTO GASTRO-ESPLENICO, COM PINÇAS HEMOSTÁTICAS FORTES E POSTERIOR LIGADURAS COM ALGODÃO Q.

7) TOILETE CAVITÁRIA

8) REVISÃO DE HEMOSTASIA

9) COTAGEM DE COMPRESSAS

10) FECHAMENTO POR PLANOS COM VYCIL Q

11) SUTURA DA PELE COM NYLON 4.0

12) CURATIVO

13) ENVIO MATERIAL PARA HISTOPATOLOGICO.

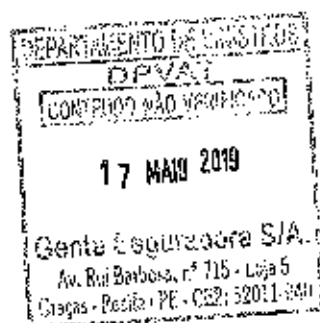
## Achados Cirúrgicos:

## Descrição Complementar

Dr. Gustavo Charamba  
Cirurgia Geral  
CRM-PE: 21271

DR(A) : GUSTAVO H. CHARAMBA DUTRA DE ARR  
CRM : 21271

Dr. Gustavo Charamba  
CRM: 21271





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

Página: 0001

Data: 08/10/2018

Hora: 22:38

Aviso de Cirurgia: 52252

Paciente: 119143

Convênio Aterid.: 1

Leito: 228

Dt. Início: 08/10/2018 21:10

Cid Pré-Operatório: R100

Cid Pós-Operatório: R100

Sala: 0004

SALA 04

GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - LEITO 001

Dt. Fim: 08/10/2018 22:38

ABDOMEN AGUDO

ABDOMEN AGUDO

Atendimento: 447912

Carteira:

Idade: 42 Anos 8 Dias 22 Horas

Procedimento: 6407030123

Convênio: 001

Anestesia: 26

ESPLENECTOMIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

GERAL ENDOVENOSA PURA

CIRURGIÃO

21271 GUSTAVO H. CHARAMBA DUTRA DE ARRUDA

Descrição Cirúrgica:

DESCRIÇÃO OPERATORIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: LESÃO DE BAÇO

CIRURGIA PROPOSTA: LAPAROTOMIA EXPLORADORA

CIRURGIA REALIZADA: LAPAROTOMIA EXPLORADORA+ ESPLENECTOMIA

CIRURGIÃO: DR GUSTAVO CHARAMBA

1º AUXILIAR: DRA LUCIANA CALADO

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: ROSEMARY

ANESTESISTA: DR LEONARDO AVELAR

ANESTESIA: GERAL

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA: NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO:

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL, SOB ANESTESIA GERAL
- 2) ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA COM PVPI
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
- 4) INCISÃO MEDIANA XIFÓ-PUBIANA + ABERTURA POR PLANOS
- 5) ACHADOS:

A. GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE E COÁGULOS NOS QUATRO QUADRANTES  
B. LESÃO GRAU III DE BAÇO.

- 6) REALIZADA DISSECAÇÃO ROMBA DE LIGAMENTOS ESPLENICOS COM COLON, DIAFRAGMA. FEITO ISOLAMENTO E CLAMPEAMENTO DE HILO ESPLÊNICO E LIGAMENTO GASTRO-ESPLÊNICO, COM PINÇAS HEMOSTÁTICAS FORTES E POSTERIOR LIGADURAS COM ALGODÃO 0.

- 7) TOILETE CAVITÁRIA

- 8) REVISÃO DE HEMOSTÁZIA

- 9) COTAGEM DE COMPRESSAS

- 10) FECHAMENTO POR PLANOS COM VYCRIL D

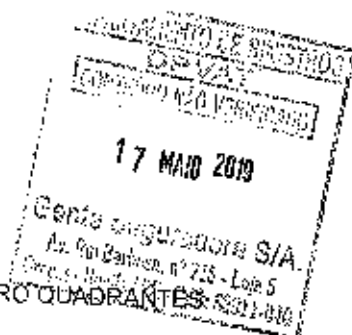
- 11) SUTURA DA PELE COM NYLON 4.0

- 12) CURATIVO

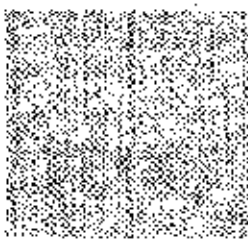
- 13) ENVIO MATERIAL PARA HISTOPATOLÓGICO.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar



Dr. Gustavo Charamba  
Cirurgião Geral  
CRM-PR: 21271



HOSPITAL MIGUEL ARRARES

MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico

Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0002

Data.: 08/10/2018

Hora.: 22:38

DR(A) : GUSTAVO H. CHARAMBA DUTRA DE ARRUDA  
CRM : 21271

Gustavo Charamba  
Cirurgia Geral  
CRM-PE-21271



# EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: \_\_\_\_\_ REG: \_\_\_\_\_  
CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
19/10/18	#SOT# AD: Pac de plano torax E + F analisada em base do tórax E + F + TVD. Tórax estável, síncoras POT: constante, orientada, eufórica, agitada ME: 1400 de manhã, apresentada, tal como normal, FO: 1/1000, bem aspecto plano, cutâneas, olhos presentes CD: Manter o cabeçote na posição de programação inicial. Sólido, amarelo.
20/10/18	#SOT# AD: Pac de plano torax E + F analisada em base do tórax E + F + TVD. Tórax estável, síncoras POT: constante, orientada, eufórica, agitada ME: 1400 de manhã, apresentada, tal como normal, FO: 1/1000, bem aspecto plano, cutâneas, olhos presentes CD: Manter o cabeçote na posição de programação inicial. Sólido, amarelo.
09/10	AD: Pac de plano torax E + F analisada em base do tórax E + F + TVD. Tórax estável, síncoras POT: constante, orientada, eufórica, agitada ME: 1400 de manhã, apresentada, tal como normal, FO: 1/1000, bem aspecto plano, cutâneas, olhos presentes CD: Manter o cabeçote na posição de programação inicial. Sólido, amarelo.

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA  
DOVA  
CONTENDO NÃO VERIFICADO  
17 MAIO 2019  
Série Organizadora S/A  
Av. R. Barbosa, nº 725 - Loja 5  
Cidade: Recife - PE - CEP: 51111-000

Dr. Carlos Aguiar  
Nutrição e Farmacologia  
CRM-PE 26.355

Aviso de Cirurgia : 52292

Paciente : 110143

Convênio Atend. : 1

Leito : 228

Dt. Início : 08/10/2018 21:10

Cid Pré-Operatório : R130

Cid Pós-Operatório : R100

Sala : 0004

SALA 04

GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - LEITO 001

Dt. Fim : 08/10/2018 22:35

ABDOMEN AGUDO

ABDOMEN AGUDO

Atendimento : 447912

Carteira :

Idade : 42 Anos 8 Dias 22 Horas

Procedimento: 0407030123

ESPLENECTOMIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 26

GERAL ENDOVENOSA PURA

CIRURGIÃO

21271 GUSTAVO H. CHARAMBA DUTRA DE ARRUDA

## Descrição Cirúrgica :

## DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: LESÃO DE BAÇO

CIRURGIA PROPOSTA: LAPAROTOMIA EXPLORADORA

CIRURGIA REALIZADA: LAPAROTOMIA EXPLORADORA+ ESPLENECTOMIA

CIRURGIÃO: DR GUSTAVO CHARAMBA

1º AUXILIAR: DRA LUCIANA CAVALADO

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: ROSEMARY

ANESTESISTA: DR LEONARDO AVELAR

ANESTESIA: GERAL

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA: NÃO HOUVE

## DESCRIÇÃO:

1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA COM PVP

2) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

3) INCISÃO MEDIANA XIFÓ-PUBIANA - ABERTURA POR PLANOS

4) ACHADOS:

A. GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE E COÁGULOS NOS QUATRO QUADRANTES.

B. LESÃO GRAU III DE BAÇO.

5) REALIZADA DISSEÇÃO ROMBA DE LIGAMENTOS ESPLENICOS COM COLON, DIAFRAGMA. FEITO ISOLAMENTO E CLAMPEAMENTO DE HILO ESPLÊNICO E LIGAMENTO GASTRO-ESPLÊNICO, COM PINÇAS HEMOSTÁTICAS FORTES E POSTERIOR LIGADURAS COM ALGODÃO 0.

6) TOALITE CAVITÁRIA

7) REVISÃO DE HEMOSTASIA

8) COTAGEM DE COMPRESSAS

9) FECHAMENTO POR PLANOS COM VICRYL 0

10) SUTURA DA PELE COM NYLON 4.0

11) CURATIVO

12) ENVIO MATERIAL PARA HISTOPATOLOGICO.

## Achados Cirúrgicos:

## Descrição Complementar

Dr. Gustavo Charamba  
Cirurgião Geral  
CRM-PE: 21271

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

WV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico

Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0002

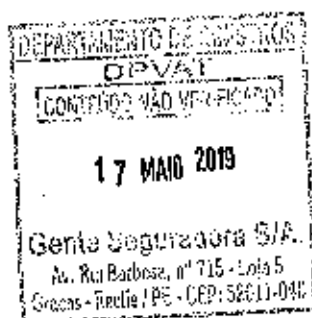
Data.....: 08/10/2018

Hora.....: 22:38

DR(A): GUSTAVO H. CHARAMBA DUTRA DE ARRUDA

CRM: 21271

Dr. Gustavo Charamba  
Cirurgia Geral  
CRM: 21271



## Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 52523

Sala : 0004

SALA C4

Paciente : 119143

GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Atendimento : 447912

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 189

ISOLAMENTO

Idade : 42 Anos 21 Dias 20 Horas

Dt. Início : 21/10/2018 18:14

Dt. Fim : 21/10/2018 19:05

Cid Pré-Operatório : S821

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Cid Pós-Operatório :

## Procedimentos

Procedimento: 0408050551

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUIANESTESIA

## Ficha de Médica

## Descrição Cirúrgica

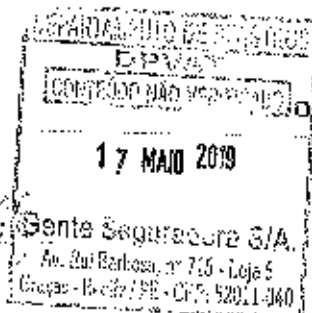
Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQ  
 INTERVENÇÃO: OSTEOSÍNTESE DO PLANALTO TIBIAL, DIR  
 OPERADOR: DR. LUIZ CARVALHO  
 1º AUXILIAR: DR. THIAGO ANJOS  
 ANESTESISTA: DR. GENESIO  
 ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

## RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO DE 7 CM A NÍVEL DO JOELHO ESQUERDO, DILATÇÃO POR PLANOS ANATÓMICOS, HEMOSTASIA COM ETROCAUTÉRIO; ABORDAGEM DO FOCO DE FRATURA, REDUÇÃO CRUENTA
5. APOSIÇÃO DE PLACA EM L 5 FUROS DA CAIXA 4,5MM, COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS E 3 PARAFUSOS ESPONJOSOS PROXIMAIS
6. BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
7. LAVAGEM COM SF 0,9% 3.000ML
8. SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM VICRYL 1 E DA PELE COM NYLON 2-0
9. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:



Descrição Complementar

DR(A) :

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 52099

Paciente : 112143

Convênio Atend. : 1

Leito : 552

DI. Início : 31/10/2018 17:54

Cid Pré-Operatório : T810

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0002

SALA 02

GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

ISOL-001

DI. Fim : 31/10/2018 18:36

Atendimento : 447912

Carteira :

Idade : 42 Anos 18 Horas

HEMORRAGIA E HEMATOMA COMPLICANDO PROCEDIMENTO NAO CLASSIFICADO EM OUTRO

Procedimentos

Procedimento: 0415940035

Convênio: 001

Anestesia: 05

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUIANESTESIA

Equipe Médica

QUIRURGICO

19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: HEMATOMA INFECTADO EM JOELHO ESQUERDO

INTERVENÇÃO: DRENAGEM CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA

OPERADOR: DR. ANTONIO QUEIROZ

1º AUXILIAR: DR. DANIEL

2º AUXILIAR: DR. IGOR

ANESTESISTA: DRA. SOCORRO

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA+ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
3. RETIRADA E FIOS DE SUTURA DE FC EM JOELHO DIREITO COM DIVULSAO POR PLANOS
4. DRENAGEM DE GRANDE QUANTIDADE DE HEMATOMA E SECREÇÃO PURULENTO
5. DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0.9% 10.000ML
7. COLETADO MATERIAL PARA CULTURA
8. SUTURA POR PLANOS COM NYLON 2-0
9. CURATIVO
10. BOA PERFUSÃO DISTAL

103105 - INTERAGADOS



1890564918-05

26/10/2018 14:48:27

Achados Cirúrgicos:



Descrição Complementar

Dr. Antonio Queiroz F. rem.  
MANTENDO  
CRM: PE 18560

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

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 52847

Sala : 0002 SALA 02

Paciente : 119143

GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Atendimento : 447812

Convênio Aend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 48

CG1F-412-LEITO 004

Idade : 42 Anos 9 Dias 16 Horas

Dt. Início : 09/11/2018 16:31 Dt. Fim : 09/11/2018 17:28

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

**Procedimentos**

Procedimento: 0415D40C35

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 06

RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**

— CIRURGIÃO

17186 ITALO JOSE FERNANDES DE GALIZA

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica**

DIAGNÓSTICO: INFECÇÃO DE FERIDA OPERATORIA EM JOELHO ESQUERDO APOS OSTEOSINTESE DE PLANALTO  
CIRURGIA: LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRURGICO + CULTURA

CIRURGIÃO: DR ITALO GALIZA

1º AUXÍLIO: DR HUDYSON

2º AUXÍLIO: DR SAMUEL

ANESTESISTA: DRA JAMILE

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DE MIE;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. FEITA ABERTURA DE FO RM REGIÃO LATERAL DO JOELHO ESQUERDO , VISUALIZADO SAIDA DE SECREÇÃO PURULENTA ODERADA QUANTIDADE
5. DEBRIDAMENTO EXTENSO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
6. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% -10 LITROS
7. APROXIMAÇÃO DAS BORDAS DA FERIDA
8. CURATIVO ESTÉRIL
9. COLETADO MATERIAL PARA CULTURA

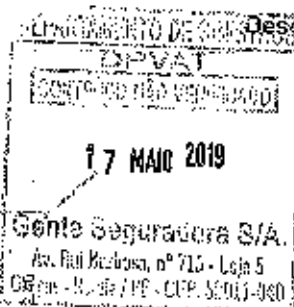
**Achados Cirúrgicos**

**Descrição Complementar**

VIA HOSPITAL MIGUEL ARRARES  
080006 - INTERNACAO



1891978748-02



DR(A) : ITALO JOSE FERNANDES DE GALIZA  
CRM : 17186



## Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 52965

Sala : 0001

SALA 01

Paciente : 113143

GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Leito : 76

ORTL-512-LEITO 004

Dt. Inicio : 15/11/2018 18:32

Dt. Fim : 15/11/2018 19:13

Atendimento : 447912

Carteira :

Idade : 42 Anos 15 Dias 19 Horas

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

## Procedimentos

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

## Equipe Médica

CIRURGIO

14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA

## Descrição

## Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: INFECÇÃO PÓS OSTEOSSINTESE DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

CIRURGIÃO: LC + DC + CULTURA

CIRURGIÃO: DR. CRYSTIAN PEDROSA

1º AUXÍLIO: DR. IAN BUSTORFF

ANESTESISTA: DRA. SYLVIA

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO DE PELE EM CICATRIZ PRÉVIA EM FACE LATERAL DO JOELHO ESQUERDO
5. DRENAGEM DE MODERADA QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA
6. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
7. COLHIDO MATERIAL PARA CULTURA
8. APOSICIONADO DRENO DE PENROSE
9. SUTURA POR PLANOS COM NYLON 3-0
10. CURATIVO ESTÉRIL

## Achados Cirúrgicos:

## Descrição Complementar

João Bosco G. Neto  
Cirurgião Assistente  
CRM: 14313

DR(A) : CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA  
CRM : 14313



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

Página.: 0001

Data.: 22/11/2018

Hora.: 11:24

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 53089

Paciente : 119143

Convênio Atend. : 1

Leito : 78

Dt. Início : 22/11/2018 09:53

Cid Pré-Operatório : S821

Cid Pós-Operatório : S821

Sala : 0004

SALA 04

GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

ORTO-512-LEITO 004

Dt. Fim : 22/11/2018 11:00

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Atendimento : 447912

Carteira :

Idade : 42 Anos 22 Dias 11 Horas

Procedimento: 040805055

Convênio: 001

Anestesia: 06

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

URGIAO

14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA

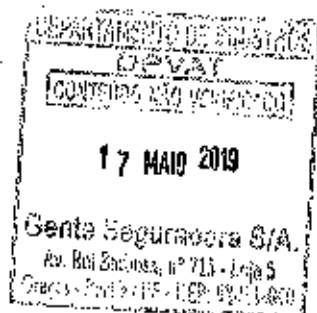
**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: INFEÇÃO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO  
INTERVENÇÃO: LC+DC+ COLETA MATERIAL PARA CULTURA  
OPERADOR: DR CRYSTIAN PEDROSA  
1º AUXILIAR: DR FILIPE GUEDES  
INSTRUMENTADOR: PRISCILA  
ANESTESISTA: DRA GRACA  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
  2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO MIESO
  3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
  4. INCISÃO PELA VIA PREVIA, RETIRADA DE PONTOS. VISUALIZADA POUCA QUANTIDADE DE SECREÇÃO SEROHEMÁTICA, SEM SECREÇÃO PURULENTA;
  5. LIMPEZA COM SF 0,9 % 5000 ML;
  6. COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA ÓSSEA E DE PARTES MOLES;
  7. PASSAGEM DE DRENO DE PENROSE;
  8. SUTURA DA PELE COM NYLON 2-0;
- DURATIVO;  
BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA MIE;

**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

Dr. Filipe Guedes  
Médico Assistente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 14313



DR(A) : CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA  
CRM : 14313

## Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 53313

Sala : 0003 SALA 03

Paciente : 119143

GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Leito : 66

ORTL-310-LEITO 002

Dt. Inicio : 22/12/2018 12:34

Dt. Fim : 22/12/2018 13:53

Atendimento : 447912

Carteira :

Idade : 42 Anos 22 Dias 14 Horas

Cid Pré-Operatório : T848

Cid Pós-Operatório :

OUTRAS COMPLICAÇÕES DE DISPOSITIVOS PROTÉTICOS, IMPLANTES E ENXERTOS ORTO

Procedimento: 0403060379

RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUIANESTESIA

CIRURGIAO

14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA

## Descrição Cirúrgica

DIAGNÓSTICO: INFECÇÃO PÓS OSS DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

INTERVENÇÃO: RMS + LC + DC

OPERADOR: DR. CRYSTIAN PEDROSA

1º AUXILIAR: DR. IAN

ANESTESISTA: DRA. CONCEIÇÃO

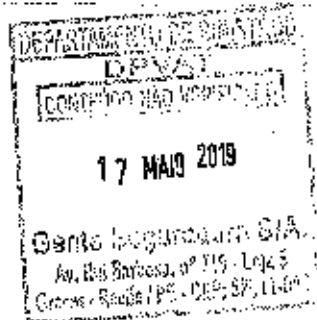
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

## RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA DE MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LATERAL EM TIBIA PROXIMAL ESQUERDA SOB INCISÃO PREVIA
5. DIVULSÃO POR PLANOS
6. RETIRADA DE PLACA 4,5MM EM - 3 PARAFUSOS ESPONJOSOS PROXIMAIS E 2 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS
7. LIMPEZA CIRURGICA COM SF 0,5% 600ML - DESBRIDAMENTO CIRURGICO
8. RETIRADO MATERIAL DE PARTES MOLES E FRAGMENTO OSSEO PARA CULTURA
9. COLOCAÇÃO DE DRENO ASPIRATIVO 4.0
10. SUTURA DA PELE COM NYLON 2-0
11. CURATIVO
12. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

## Achados Cirúrgicos:

## Descrição Complementar

Dr. Ian Bastião Freire  
Médico  
CRM-PE 20586DR(A) : CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA  
CRM : 14313

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GILMAR JOSÉ DO NASCIMENTO

IDADE: 42 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 08/10/18

REG: 119143

DATA DA ALTA: 18/1/19

### DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
- TRAUMA ABDOMINAL
- TVP
- OSTEOMIELITE DE TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA
- FRATURA AVULSÃO DA ASA DO ILÍACO (TRATAMENTO CONSERVADOR)

### TRATAMENTO REALIZADO:

- 08/10/18: LAPAROTOMIA EXPLORADORA + ESPLENECTOMIA;
- 21/10/18: REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM PLATÔ TIBIAL ESQUERDO;
- 31/10; 09/11 E 15/11: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + CULTURA EM FERIDA OPERATÓRIA DE OSTEOSÍNTESE DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO;
- 22/11/18: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO;
- CLECIANE DOSE PLENAL E MAREVAM POR 90 DIAS

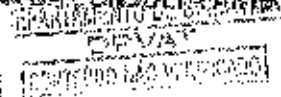
### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- REALIZAR TROCA DE CURATIVO DIÁRIO CONFORME ORIENTADO PELA ENFERMAGEM;
- FAZER USO DE SULFAMETOXAZOL-TRIMETROPIM ATÉ NORMALIZAÇÃO DE PROVAS INFLAMATÓRIAS;
- DOBRAR O JOELHO ESQUERDO;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS PISANDO COM MEMBRO OPERADO CONFORME TOLERADO POR DOR;
- 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
17 MAR 2019

Dente Leguacora S/A  
Al. Bel Pacheco, nº 115 - Lapa 6  
CEP: 01131-000 - São Paulo - SP

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada de Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

Atendimento: 447912

Dt Atendimento: 08/10/2018 - 15:40

Dt Alta: 18/01/2019 - 14:12

Paciente: 119143 GILNAR JOSE DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 66 ORTL-510-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

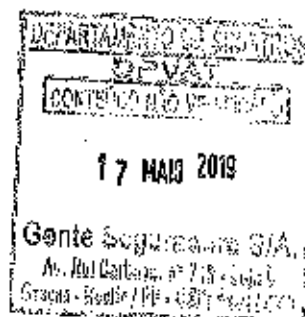
Usuário: JENNIFERMLS

CID:

Procedimento de Alta 03D1080070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA



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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

PRONTUÁRIO: 119143

RA: 1890660054 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Idade: - Sexo: Masculino

Dr. (a): NI - LIGIUEL

Unidade: NIA-HOSPITAL MIGUEL ARRAS

Pasto: 000005 - INTERNADOS

Local de Entrega: BC-BLOCO CIRURGICO

Entrada: 02/11/2018 10:32:22

Coleta: 02/11/2018 10:32:22

Coleta: 02/11/2018 10:32:22

## HEMOGRAMA

Resultado Atual	Resultados Anteriores			Valor de Referência	
	Linha Evolutiva			Homens	Mulheres
	916259-1 29/10/2018	91214287 22/10/2018	90420215 19/10/2018		
<b>ERITROGRAMA</b>					
Hemácias	3,33 $10^6/\mu\text{L}$	2,67	3,37	3,00	4,4 - 5,9
Hemoglobina	10,0 g/dL	9,4	11,2	10,1	13,0 - 18,0
Hematócrito	30,8 %	28,0	34,5	30,6	12,0 - 16,0 g/dL
VCM	90,1 fL	91,2	102,4	102,7	40 - 52
HCM	30,0 pg	30,6	33,2	33,7	35 - 47 %
CHCM	33,3 g/dL	33,6	32,5	32,8	80 - 100
RDW	13,8 %	13,3	13,7	13,0	80 - 100 fL
				27 - 32	27 - 32 pg
				32 - 37	32 - 37 g/dL
				Até 15	Até 15 %

## LEUCOGRAMA

Leucócitos	100 %	14600 /uL	14200	26200	19300	100 %	3500 - 11000 /uL
Neutrófilos	84,5 %	12337 /uL	11857	—	—	50 - 70 %	2500 - 7000 /uL
Eosinófilos	0,8 %	117 /uL	142	262	1544	1 - 6 %	100 - 600 /uL
Basófilos	0,1 %	15 /uL	28	—	—	0 - 2 %	0 - 200 /uL
Linfócitos	6,5 %	949 /uL	290	2622	2539	20 - 30 %	1000 - 3000 /uL
Monócitos	8,1 %	1183 /uL	1193	3144	1544	2 - 12 %	100 - 600 /uL
Plaquetas	729.000 /uL	596	973	923	—	50.000 - 450.000 /uL	

Nota: Baseado na orientação do International Society for Laboratory Hematology na qual deve haver uma padronização para liberação de exames de hemograma, incluindo o diferencial de leucócitos e de acordo com o Colégio Americano de Patologistas que orienta que neutrófilos bastonetes estão presentes em até 5 a 10% dos hemogramas normais, foi padronizada pelo Laboratório Cientificlab do grupo DASA, que a liberação de bastonetes é realizada quando estiverem acima de 6% do total de neutrófilos.

Materiais: SANGUE

Método: AUTOMAÇÃO

DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA  
17 MAIO 2019

17 MAIO 2019

Genex Sanguinea S/A  
Av. João Barboza, nº 115 - Lapa  
Cidade - Recife - PE - CEP: 53010-000

DRA. JEANNE KELLEN DE OLIVEIRA SANTOS  
BIOMÉDICA  
CRM: 3602

Data Assinatura: 02/11/2018 10:57:19

## Exames Assinados Eletronicamente

Av. João Barboza, nº 115 - Lapa

"Horário Oficial de Brasília"

Amostra Não Coletada pelo Laboratório

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

Resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos.

Laboratório participante do programa PEIM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Pelinhas 53730-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5325

Data da Impressão: 05/11/2018 21:43:54 Página: 2/4

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRARES  
CENTRO DIAGNÓSTICO - ULTRASSONOGRAFIA

Emissão de Laudo.....  
Pedido do Exames.....  
Paciente.....  
Médico Solicitante.....  
Data da Solicitação.....  
Convênio.....  
Unidade Internação.....

329641

Cod. Atendimento.....

119143 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

840 GUILHERME DA CONTI OLIVEIRA SOUSA

11/12/2018

Hora.....

11:08:48

SUS - INTERNACAO

Origem da Solicitação.....

5 AND - ORTOPEDIA

Enfermaria.....

ORTI 510

LESTE

Data..... 11/12/2018  
Hora..... 11:24:53  
SALA..... 106141  
Idade..... 42a 6m 12d  
Sexo..... M

Dr. Realiz..... 11/12/2018  
URGENCIA/EMERGENCIA  
Leito..... ORTI 510

ULTRASSONOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

Indicação:

Avaliar coleção

Análise:

Não observamos coleções punçionáveis no presente estudo.

Ligamento colateral medial espessado.

Não evidenciamos alterações na textura do ligamento colateral lateral.

Sinais de edema sinovial.

Placa metálica fixada na extremidade proximal lateral da tibia.

Leve derrame intra-articular e em bursa patelar.

patela com ecogenicidade e espessura normais.

patia insercional do quadríceps.

osso expandido e sólido no oco poplíteo.

de da

avadas.

DRA FERNANDA BORBA  
CRM 14121  
MR1 RICARDO DE CARLI  
CRM 20618

17 MAIO 2019

Centro Seguros da OPA  
Av. das Américas, 1155 - 1º andar  
Cidade de Deus, Rio de Janeiro - RJ

PRONTUÁRIO: 119113

RA: 1890660054 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Idade: Sexo: Masculino

DR (a): ML - ILLICIEL

Unidade: HIAHOSPITAL MIGUEL ARRÁEZ

Posto: 000005 - INTERIORES

Local de Entrega: BC - BLOCO CIRÚRGICO

Entrada: 02/10/2018 10:32:22

Coleta: 02/11/2018 10:44:22

Coleta: 02/11/2018 10:44:22

## UREIA

### Resultado

20 mg/dL

### Valor de Referência:

De 1 a 3 anos: 10 a 36 mg/dL

De 4 a 13 anos: 15 a 36 mg/dL

De 14 a 19 anos: 18 a 45 mg/dL

Homem até 50 anos: 19 a 44 mg/dL

Homem acima de 50 anos: 18 a 55 mg/dL

Mulher até 50 anos: 15 a 40 mg/dL

Mulher acima de 50 anos: 20 a 43 mg/dL

91532911 - 29/10/2018 - 17 | 81214287 - 22/10/2018 - 19 | 90420215 - 19/10/2018 - 12 | 91026432 - 18/10/2018 - 15 |

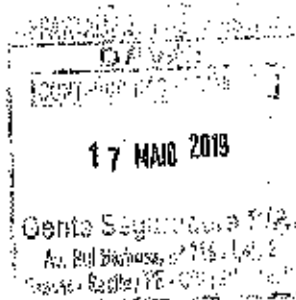
Material: SORO

Método: UREASE

*Jeanne K.*

DRA. JEANNE KELLEN DE OLIVEIRA SANTOS  
RIONÔMICA  
CRM: 3602

Data Assinatura: 02/11/2018 12:00:55



### Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua, Dr. João Tavares de Moura, 57 Pelxinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5325

Data da Impressão: 05/11/2018 21:43:54 Página: 4/



**HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAS**  
**CENTRO DIAGNÓSTICO - ULTRASSONOGRAFIA**

Emissão de Laudo

Pedido de Exames.....

323908

Cod. Atendimento.: 447912

Paciente.....

119143 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Médico Solicitante.....

734 PLANTONISTA ORTOPEDIA

Data da Solicitação.....

17/10/2018

Hora..... 16:34:18

Convênio.....

SUS - INTERNACAO

Origem da Solicitação.....

Unidade Internação.....

4 AND - CIRURGIA

Enfermaria.: ISO

GERAL

Data..... 17/10/2018

Hora..... 16:45:03

SAME..... 106141

Idade..... 42a 4m 18d

Sexo..... M

Dr. Realiz..... 17/10/2018

URGENCIA/EMERGENCIA

Leito.: ISO

**DOPPLER VENOSO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

**INDICAÇÃO:**

HOMANS + EM MIE, POS OP DE LE - - ATROPELAMENTO COM FRATURAS EM PERNA ESQ

**TÉCNICA:**

Exame realizado em aparelho dinâmico bidimensional com transdutor linear de alta frequência, utilizando modo B e Doppler Colorido, para exclusão de trombose venosa profunda, conforme solicitação.

**DESCRIÇÃO:**

Veias fibulares e solear de calibre aumentado, incompressíveis, sem fluxo ao estudo color Doppler, estando preenchidas por material hiperecogênico. Conjunto de achados compatível com trombose venosa profunda subaguda.

Veias femorais comum, profunda e superficial, poplítea, tibiais anteriores e posteriores compressíveis e com fluxo.

Veias gastrocnêmicas apresentando fluxo.

Veias safenas magna e parva compressíveis e com fluxo.

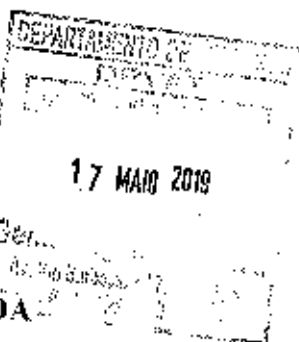
Não se observou linfadenomegalias inguinais nem edema do tecido celular subcutâneo.

DR. THOMAZ CAMINHA

CRM 19284

DRA. CLAUDIONORA ARRUDA

CRM 23993



**HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAS**  
**CENTRO DIAGNÓSTICO - TOMOGRAFIA**

Emissão de Laudo

Pedido de Exames.....

322957

Cod. Atendimento...

447912

Paciente.....

119143 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Médico Solicitante.....

734 PLANTONISTA ORTOPEDIA

Data da Solicitação.....

08/10/2018

Hora.....

21:11:07

Convênio.....

SUS - INTERNACAO

Origem da Solicitação.....

Unidade Internação.....

2 AND - UTI 3 -

Enfermaria.....

UTI3-022

Data..... 09/10/2018

Hora..... 10:01:50

SAME..... 106141

Idade..... 42a 4m 9d

Sexo..... M

Dt. Realiz..... 08/10/2018

URGENCIA/EMERGENCIA

Leito... UTI3-022

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX E ABDOME COM CONTRASTE**  
**ESTUDO REALIZADO EM PLANTÃO NOTURNO SEM ACOMPANHAMENTO DE MÉDICO**  
**RADIOLOGISTA, ESTANDO O MESMO TÉCNICAMENTE LIMITADO.**

**INDICAÇÃO:** politrauma

**TÉCNICA:** Os cortes tomográficos computadorizados do tórax e abdome foram obtidos com a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

**ACHADOS:**

**Heterogeneidade do parênquima esplênico difusamente associado a volumosa quantidade de liquido de aspecto hemático em cavidade abdominal e pleve. Comunicado a médico assistente.**

**Leve hemopneumotórax a esquerda.**

**Pequena hérnia hiatal por deslizamento.**

As estruturas vasculares mediastinais têm calibre e disposição habituais. Não visualizamos linfonodomegalias ou outras lesões ocupando espaços nos compartimentos mediastinais.

Traquéia, carina e brônquios principais de calibre e contornos normais.

Hilos pulmonares anatómicos.

Parênquima pulmonar com transparência e desenho vasculo-brônquico preservados.

Atenuação e volume normais do fígado

Vesícula biliar de topografia normal, conteúdo homogêneo.

Aspecto tomográfico normal do pâncreas.

Distribuição habitual de alças delgadas e cólicas.

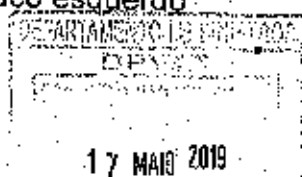
Aorta e veia cava de contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.

Rins de atenuação, forma, volume e topografia normais. Excreção pronta e simétrica do contraste. Uréteres péricios.

Bexiga de forma, volume, contornos e situação conservados.

Planos musculares e gordurosos sem modificações patológicas identificáveis.

Presença de fratura da asa do ilíaco esquerdo.



Dra. Fernanda Borba  
CRM 14171

**HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAGES  
CENTRO DIAGNÓSTICO - TOMOGRAFIA**

Emissão de Laudo

Pedido de Exames.....

323282

Cod. Atendimento... 447912

Paciente.....

119143 GILMAR JOSÉ DO NASCIMENTO

Médico Solicitante.....

734 PLANTONISTA ORTOPEDIA

Data da Solicitação.....

11/10/2018

Hora..... 11:45:21

Convênio.....

SUS - INTERNACAO

Origem da Solicitação.....

Unidade Internação.....

2 AND - UTI 3

Enfermaria..... UTI3-022

ADULTO

Data..... 11/10/2018

Hora..... 14:20:06

SAME..... 106141

Idade..... 42a 4m 11d

Sexo..... M

DL Realiz..... 11/10/2018

URGÊNCIA/EMERGENCI

Leito... UTI3-022

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN TOTAL**

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:** Eructação + regurgitação + PO esplenectomia

**TÉCNICA:** Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos antes e após a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel.

**ANÁLISE:**

Nos cortes da transição toracoabdominal, identifica-se pequeno derrame pleural bilateral, associado a faixas de atelectasias nas bases, além de hérnia hiatal por deslizamento.

Raros focos de pneumoperitônio.

Atenuação e volume normais do fígado.

Vesícula biliar de topografia normal, normodistendida, com conteúdo denso (lama biliar? excreção biliar de contraste iodado?).

Baço ausente (status pós-cirúrgico). Pequena quantidade de líquido na loja esplênica.

Aspecto tomográfico normal do pâncreas.

Discreta distensão do ceco. Apêndice cecal com calibre aumentado, chegando a medir cerca de 1,2 cm. Há tênue realce mucoso. Associa-se densificação da gordura no quadrante inferior direito. Estes achados devem ser considerados aos dados clínicos e laboratoriais.

Aorta e veia cava de contornos definidos.

Rins de atenuação, forma, volume e topografia normais. Realce heterogêneo do parênquima no terço médio do rim esquerdo (relacionado ao trauma prévio?).

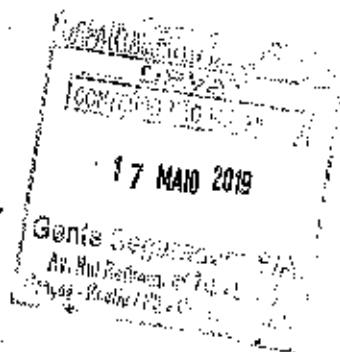
Bexiga vazia com balão de sonda de demora.

Pequena quantidade de líquido livre na escavação pélvica.

Próstata de volume normal e densidade homogênea.

Linhas de fraturas completas na asa do osso ilíaco esquerdo.

Dra. Juliana Buril CRM 17395





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1033684/2018.

NOME: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO.

Foi atendido às 18h36 do dia 30.09.2018.

Diagnóstico provável: TCE

ferimento em joelho esquerdo  
fratura fechada de platô tibial (E)  
(Atropelamento)

Tratamento realizado:

fixação e limpeza do ferimento  
tala coxo-podálica (E)  
Exames complementares  
trat. de suporte clínico

Obs. Alta em 04.10.2019

tipo, transferências para  
outra unidade hospitalar

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 13.05.2019



SES - Hospital da Restauração  
Dr. Francisco Serra  
Chefe de SEGE  
C.R.M. 10.774

**Atenção:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

Atendimento: 447915

**Senha da Classificação:**

0026

Data e Hora: 08/10/2018 18:25

Paciente: 116143 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

**Sexo:** MASCULINO

None Social:

**Data do Nascimento:** 31/05/1978    **Idade:** 42 anos    **Convenio:** 2    **SUS - EXTERNO / URGENCIA**

**Nome da Mãe:** JOSEFA MARIA CRISTOVÃO DA SILVA **Nome do Pai:** JOSE ALUIZIO DO NASCIMENTO

**Estado Civil:** SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

**CRM:** 12346

Endereço: RUA IRMA GERTRUDES DE ALMEIDA, Nº 100, JARDIM SÃO CARLOS, SÃO CARLOS, SP

57

**Bairro:** ALTO DA NACAO

Cidade: UF: OLINDA

21

Usuário Atendimenta: ANDERSONSC

**Informações Adicionais a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

**Data entrada Brasil:**

Nacionalidade: BRASILEIRA


**Mr Documento Estrangeiro:**

**Observação:**

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### Queixa Principal

Para a obtenção de abastecimento de água em situações, como a situação da  sem por decisão de um órgão, há a possibilidade de se obter a água através de uma decisão sobre o uso da água.

### Exame Físico

[illegible]

362-75-Sub E-14

State, Division of 1949, September 1949, page 14-1

5/16/1974

### Hipotesis Derogaticas

Q. Did you ever see a letter from the FBI to the State of New York?

① 1994年12月21日，在北京市高级人民法院。

### Prescrição Médica

④ 4. 2. 2

Dr. R. G. R. R. R. R.

—माईदेव

1996年2月21日

**Assinatura e Carimbo/Identico**

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para

Senha:

Encaminhado ao setor de interpretação

Data e hora retirada da senha: 08/10/2018 18:20



Nome Paciente: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO  
Cód. Paciente: 112143  
Data de Nascimento: 31/05/1978  
Sexo: Masculino  
Idade: 42  
Senha: 0023  
Convênio: 2 - SUS EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 447905  
SAME: 106741

Período: 08/10/2018 18:34 - 08/10/2018 18:37

KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE COM RELATO DE DOR EM ABDOMEN APÓS ATROPELADO POR CARRO. APRESENTA SUDORESE E HIPOTENSAO.

Observação: REFERE ALERGIAS/ NEGA HAS / DM.  
ENCAMINHADO

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: FREQUENCIA CARDIACA: 89.00 BPM  
- P.A. SISTOLICA: 90.00 MMHG  
P.A. SISTOLICA: 80.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 90.00 %

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE  
LUGAR DE PELA  
SIN (1) 180-7  
KAMILA CARNAUBA  
ENFERMEIRO(A)  
CONVÊNIO 2 - SUS



Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/10/2018 18:37

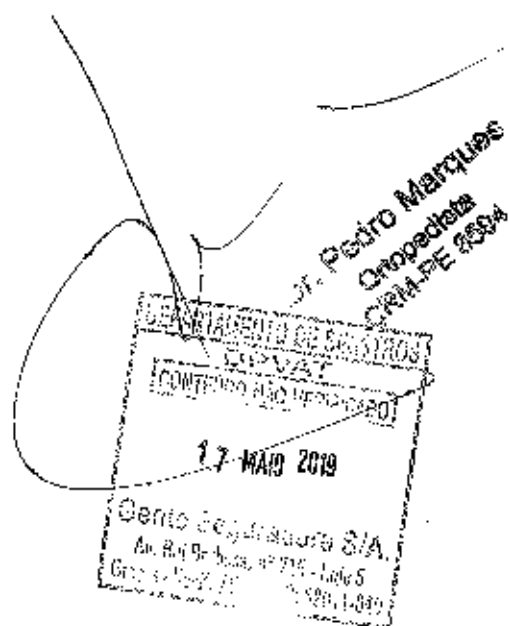
GILVAN JOSE DO NASCIMENTO

Sol

20 Anos de Idade

- Ad: Lesões de:
1. Fratura do platô Tibial
  2. Fratura proximal Tibia
  3. Fratura avulsão da tibia

04/02/19.



Ulisses José do Nascimento

del

20 - Linhas de fraturas:

1. - Fratura do platô tibial  
esquerdo

2. - Fratura proximal do braço  
Fratura avulsão da ABA do ilíaco

21/03/19



Dr. Pedro Marques  
Ortopedista  
CRM-PR 8594



## **RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO**

NOME: GILMAR JOSÉ DO NASCIMENTO

IDADE: 42 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 08/10/18

REG: 119143

DATA DA ALTA: 18/1/19

### **DIAGNÓSTICO:**

- FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
- TRAUMA ABDOMINAL
- TVP
- OSTEOMIELITE DE TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA
- FRATURA AVULSÃO DA ASA DO ÍLIACO (TRATAMENTO CONSERVADOR)

### **TRATAMENTO REALIZADO:**

- 08/10/18: LAPAROTOMIA EXPLORADORA + ESPLENECTOMIA;
- 21/10/18: REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS EM PLATÔ TIBIAL ESQUERDO;
- 31/10; 09/11 E 15/11: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + CULTURA EM FERIDA OPERATÓRIA DE OSETOSSÍNTESE DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO;
- 22/11/18: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO;
- CLEXANE DOSE PLENA E MAREVAM POR 90 DIAS

### **ORIENTAÇÕES:**

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- REALIZAR TROCA DE CURATIVO DIÁRIO CONFORME ORIENTADO PELA ENFERMAGEM;
- FAZER USO DE SULFAMETOXAZOL-TRIMETROPIM ATÉ NORMALIZAÇÃO DE PROVAS INFLAMATÓRIAS;
- DOBRAR O JOELHO ESQUERDO;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS PISANDO COM MEMBRO OPERADO CONFORME TOLERADO POR DOR;
- 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 APOÓS ALTA DE PACIENTES

AMBULATÓRIO DE EGRESSO: ☒ SIM (x) ☐ NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

17 MAIO 2019

Genta Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 713 - Loja 5

Geol. C. de A. J. P. C. 20.028.11.043

  
Osteodermatologia  
CRM: 24.778

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		6 - Nº Prontuário	
GILMAR JOSE DO NASCIMENTO		119143	
Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
998005894627143	31/05/1976	M	03 - Parda
1 - Nome da Mãe		10.1 - Etnia	
JOSEFA MARIA CRISTOVÃO DA SILVA		0000 - Não Se Aplica	
3 - Nome Responsável		12 - Telefone de Contato	
MARIA DE FATIMA		8198477425	
13 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)		14 - Telefone de Contato	
RUA IRMA GERTRUDES DE ALNECAR, 57 - ALTO DA NAÇÃO			
15 - Município	17 - RG	18 - UF	19 - CEP
OLINDA	26093C	PE	53320520

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
ABDOMINAL HA 244
21 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Exames Diagnósticos
EXAME FÍSICO SUFICIENTE
23 - Diagnóstico Inicial / Código
ABDOMEN AGUDO
24 - CID 10 Principal
R100
25 - CID 10 Secundário
V39
26 - CID 10 Causas Associadas
I522.1

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	0407040161
29 - Especialidade	30 - Característica de Atendimento
CIRÚRGICA	2
31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
00000000000000000000	980016283054175
33 - Data de Solicitação	34 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
08/10/2018	16417
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	
JOAO PAUL RIBEIRO NETO	

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	38 - ( ) Acid. Trabalho Injeto
39 - Vínculo com a Previdência	40 - Nº do B.O.	41 - Nº do B.O.
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desmembrado ( ) Ac.	42 - Nº do B.O.	43 - Nº do B.O.
44 - Nome do Profissional Autorizador		
45 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		
46 - Data de Autorização		
47 - Cód. Órgão Emissor		
E2800000001		
48 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		
261810165924-0		
261810165745-7		
261810165746-8		
261810165747-9		
261910213278-0		
261910213279-0		
261910213280-0		

# Laudo para solicitação de autorização de internação

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2 - CNES	
HOSPITAL MIGUEL ARRARES		6431569	
HOSPITAL MIGUEL ARRARES		4 - CNES	
		6431569	
5 - Nome do Paciente		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
GILMAR JOSE DO NASCIMENTO		9 - Nº Prontuário	
		119143	
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
898005894527143	31/05/1976	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato		10.1 - Etnia
JOSEFA MARIA CRISTOVAS DA SILVA	8198477425		0000 - Não Se Aplica
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato		
MARIA DE FATIMA			
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
RUA IRMA GERTRUDES DE ALMEIDA, 117 - ALTO DA NACAO			
16 - Município			
OLINDA			
17 - IBGE		18 - UF	19 - CEP
260960		PE	53320520

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
ABDOMINAL HA 24H

21 - Condições que justificam a Internação  
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
EXAME FISICO SUFICIENTE

23 - Diagnóstico Inicial / Código  
ABDOMEN AGUDO

24 - CID 10 Principal  
R100  
S300

25 - CID 10 Secundário  
V039

26 - CID 10 Causas Associadas  
S82.113A14

27 - Descrição do Procedimento Solicitado  
LAPAROTOMIA EXPLORADORA

28 - Código do Procedimento  
0407040161

29 - Especialidade  
CIRURGICA

30 - Caracter de Atendimento  
2

31 - Documento  
☒ CNS ☐ CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente  
980016283054175

33 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)  
16417

34 - Data da Solicitação  
08/10/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)  
16417

36 - ( ) Acidente de Trânsito

37 - ( ) Acic. Trabalho Tóxico

38 - ( ) Acic. Trabalho Trazado

39 - Vínculo com a Previdência  
( ) Empregado ( ) Empregador

40 - Nº Bilhete

41 - CNPJ / Empresa

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE

44 - Documento  
☒ CNS ☐ CPF

45 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

46 - Nome do Profissional Autorizador  
Gente Seguradora S/A.

47 - Cód. Órgão Emissor  
E260003001

48 - Documento  
☒ CNS ☐ CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)  
Dr. Felmar Athayde  
Médico Ortopedista  
CRM 10253 - TSO 12631

**AIH**  
261810165924-0  
261810165745-7  
261810165746-8  
261810165747-9  
**AIH**  
261910213278-0  
**AIH**  
261910213279-0  
**AIH**  
261910213280-

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

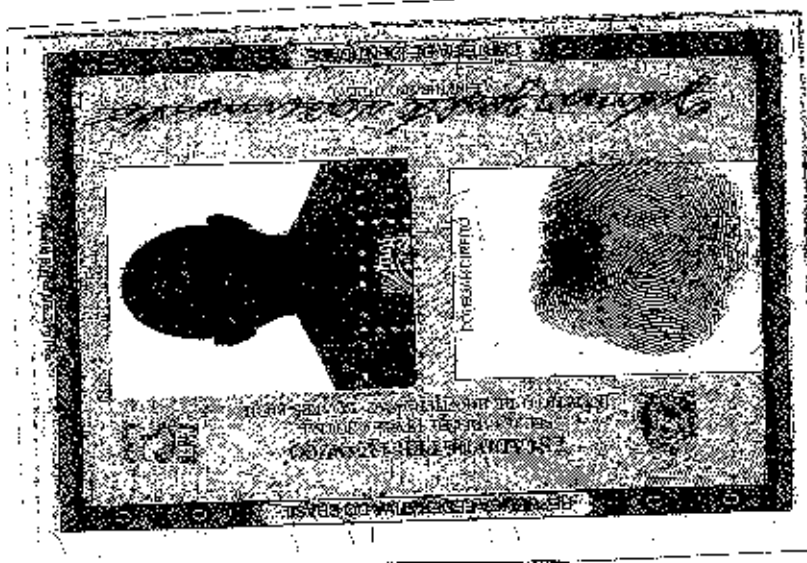
Atendimento..... : 447305      Prontuário: 119143      SAME: 106141      Hora Atend: 18:26      Data Atend: 08/10/2018  
Paciente..... : GILMAR JOSE DO NASCIMENTO      Idade: 42 a  
Endereço..... : RUA IRMA GERTRUDES DE ALMEIDA  
Bairro..... : ALTO DA NAÇÃO  
Cidade..... : OLINDA  
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGÊNCIA      UF.: PE      CEP: 53320520  
CID Principal..... :      Plano.: PLANO UNICO  
CID's Secundários. :  
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída..... : 08/10/2018      Hora Saída : 19:39

Previsão da Evolução Médica

PLANTONISTA ORTOPEDIA

**DIAGNOSTICO**  
ENF. MARCELO

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346  
CIRURGIA GERAL



17 MAIO 2019  
 Centro Seguros S/A.  
 Av. Belvedere, nº 115 - Lda 1  
 São Paulo - SP - 01311-000

5 147 388 04/05/2019  
 << GILBERTO JOSE DO NASCIMENTO >>  
 << JOSE ALUIZIO DO NASCIMENTO >>  
 << JOSEFA MARIA CRISTINA DA SILVA >>  
 RECIFE - PE 31/05/1976  
 << CM 5 369 145 F 255 CART. 130 >>  
 RECIFE - PE 22 01 1987 >>  
 090 100 500-14

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder de  
Combustíveis do Brasil DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165975/19

Vítima: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 070.100.504-14

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/09/2018

Titular do CPF: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**GILMAR JOSE DO NASCIMENTO : 070.100.504-14**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista no lei 6194 / 74.

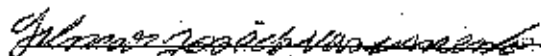
Documentação recebida sem conferência.

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

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

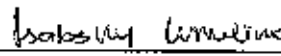
### Portador da documentação entregue

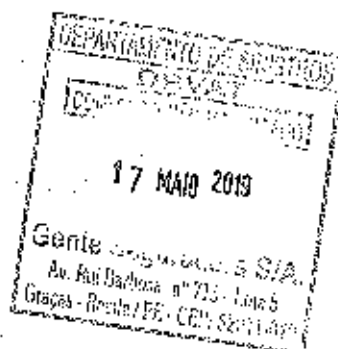
Data da entrega: 17/05/2019  
Nome: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO  
CPF: 070.100.504-14

  
GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019  
Nome: Isabella Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

  
Isabella Antonia dos Santos Ursulino



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190329404 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GILMAR JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 30/09/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA.  
FRATURA DA ASA DO ILÍACO.  
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA E ESPLENECTOMIA - PG. 4), PLACA E PARAFUSOS (PLATÔ - PG.11), DEMAIS CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** AUSÊNCIA CIRÚRGICA DO BAÇO E LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PERDA ANATÔMICA INTEGRAL DO BAÇO E DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165975/19

**Vítima:** GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

**CPF:** 070.100.504-14

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 30/09/2018

**Titular do CPF:** GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**GILMAR JOSE DO NASCIMENTO : 070.100.504-14**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/05/2019  
Nome: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO  
CPF: 070.100.504-14

GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



---

**Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190329404**

**Vítima: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 30/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GILMAR JOSE DO NASCIMENTO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190329404**

**Vítima: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO**

**Data do Acidente: 30/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GILMAR JOSE DO NASCIMENTO**

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

- ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

070.100.504.14

Nome completo da vítima:

GILMAR JOSÉ DO NASCIMENTO

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

Nome completo:

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA IRMA GASTURINE ALENCAR

Bairro:

BULTRIN

Cidade:

Olinda

Estado:

PE

CPF:

070.100.504.14

Número:

57

Complemento:

CEP:

53240.290

Tel (DDD):

81987793871

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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:

0917

CONTA:

98662704 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vel nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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.

Local e Data:

Olinda 28/05/19

Nome:

GILMAR JOSÉ DO NASCIMENTO

CPF:

070.100.504.14

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 070.100504-14 Nome completo da vítima: GRUAR JOSÉ DO NASCIMENTO

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

Nome completo: GRUAR JOSÉ DO NASCIMENTO CPF: 070.100504-14

Profissão: RESERVA Endereço: RUA IRMA SOTUR DE ALENCAR Número: 57 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: BOA VISTA Cidade: OLINDA Estado: PE CEP: 53240-290

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 81987793871

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

**DADOS CADASTRAIS**

RECEITA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA:**

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0917 CONTA: 986623704 4 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.

**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 do 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**

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: GRUAR JOSÉ DO NASCIMENTO CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: GRUAR JOSÉ DO NASCIMENTO CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.