

Dona Susilo - INSS



## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 18194347373

Número do Benefício: 6137511743

Espécie: 91

Número do Requerimento: 172162640

Ao Sr.(a): DEMETRIUS TRAJANO DA SILVA

Endereço: ERNESTO NAZARETH 456 MOD8APT329, AREIAS

CEP: 50860260

Município: RECIFE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

UF: PE

+ (16110) até -  
29/10

Fundamentação  
Legal:

Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 29/03/2016, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 30/10/2016.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (30/10/2016), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 30/10/2016 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recurso da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 2º do artigo 20 da Lei 8.213, de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar recurso por parte do empregador à Junta de Recursos da Previdência Social.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 27 de julho de 2016

## INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: RECIFE PINA Endereço: AV HERCULANO BANDEIRA, N 570, PINA  
CEP: 51110130 Município: RECIFE UF: PE

**Termo de Responsabilidade:** Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.  
Ciente, em 27 de julho de 2016

Assinatura do Requerente / Representante Legal



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Dimitrios Vassilo Silva,  
brasileiro(a), estado civil Divorciado,  
profissão Gerente de Loja Inscrito no CPF/MF sob o  
nº 616.711.424-20, e portador da cédula de identidade  
nº 3736605, residente e  
domiciliado(a) Rua Ernesto Nazareth  
nº 456, bairro Arara,  
CEP 50860-200 na cidade de  
Recife / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita, que não tenho condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 27 de Setembro de 2019

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante



### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Domenico Travenço Silva,  
brasileiro(a), estado civil casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o  
nº 616.715.424-20 e portador da cédula de identidade  
nº 3736603, residente e domiciliado(a) na  
Rua Ernesto Nazareth,  
nº 456 mod 8, 139 bairro de Anísio  
CEP 50860-260 na cidade de  
Recife PE.

**OUTORGADA:** ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

**PODERES:** Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

**JUSTIÇA GRATUITA:** Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

**CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL:** Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 27 de setembro de 2019

  
\_\_\_\_\_  
Outorgante





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**PE**

NOME  
**DEMETRIUS TRAJANO SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
**3736601 SSP PE**

CPF  
**616.711.424-20**

DATA NASCIMENTO  
**20/06/1973**

FILIAÇÃO  
**JOSAEI PEREIRA DA SILVA  
A  
GILSA MARIA TRAJANO SI  
LVA**

PERMISSÃO  
**AB**

ACC  
**AB**

CAT. HAB  
**AB**

Nº REGISTRO  
**01367953361**

VALIDADE  
**02/10/2020**

1ª HABILITAÇÃO  
**17/10/1995**

OBSERVAÇÕES  
**KAR**

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE**

DATA EMISSÃO  
**08/06/2017**

ASSINATURA DO EMISSOR  
**Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente**

**46242051976  
PE079638244**


**PERNAMBUCO**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1479088371**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1479088371**



DEMETRIUS TRAJANO SILVA

Nasc: 20/06/1973 - 43a1m26d  
Reg: 1186944 - Pront: 000331475  
BRADESCO SAÚDE/T - Sexo: M  
Entrada: 16/08/2016 - Hora: 08:34  
Matricula: 772489001201007  
CN. Soc:  Leito: 218-B

Data/Hora: 16/08/16 10:40  
Cada registro deve ser assinado e carimbado  
Paciente foi admitido neste setor para  
submeter-se a uma intervenção  
cirúrgica. Placa: 115, 116, 117  
Dr. e enfermeira, segue justificativa  
do procedimento.

Valéria Maria da Silva  
Enfermeira  
COREN: 470.141

# ENFERMEIRA #  
16/08/16 Paciente retornou do B.C. em POI GINOCENTRADA  
22:50h Ombro (D) EVOLUÇÃO CONTINUA ORIENTADO EM REPOUSO NO  
LEITO. CURSANDO, NORMALMENTE, HIPERTENSO, APT. EM 'USE TROCA P/  
19/08. DITA NÍVEL F.O. C/ CURSIVO EXTERNAMENTE  
LIMPO + TIPOIA DE ABRUÇO. RISCO DE QUESA + DE  
BITE. CD. GELAR E TUBAR GRANDES, TROCAR APT  
A CADA 72 HORAS.

Roberto Carlos F. dos  
Enfermeiro  
COREN: 010.672

Paciente evoluiu bem sem queixas  
clínicas atuais.  
Alta às 18h.

Dr. Alexandre Régio Filho  
Ortopedista  
CREMEPE: 20817  
RBO: 14909

16 AGO. 2016





HOSPITAL ESPERANÇA

PREScrição MÉDICA

F.INS.22

DATA: 16/08/16 PESO: \_\_\_\_\_ Kg

Nome: DEMETRIUS TRAJANO SILVA

Nasc: 20/06/1973 - 43a1m26d

Reg: 1186944 - Pront: 000331475

BRADESCO SAÚDE/T - Sexo: M

Entrada: 16/08/2016 - Hora: 08:34

Matricula: 772489001201007

N. Soc: \_\_\_\_\_

Leito: 218-B

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO ARSENAL

ENVIADA

EM 16/08/16

ÀS 22:40

ADM: *Alc*

DIETA: *Dieta RI HPS as 21h.*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO DA DIETA

ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO	
					1ª ETAPA	2ª ETAPA
1	SG 51	100ml	ev	24hs	3-	
2	SRH	500ml	ev			
3	Kefozee 1g + 100ml	500ml	ev	06/06ls	23hs	11 1
4	treosolou	4mg	ev	08/08ls	00ls	16
5	Bentia	4mg	ev	12/12ls	06ls	18
6	Pantocid	4mg	ev	12/12ls	06ls	18
7	zefran	4mg	ev	06/06ls	24hs	12 12
8	moralgum	2g	ev	06/06ls	24hs	12 12
9	Supradin	10mg	ev	08/08ls	06ls	18
10	tramadol 100mg + baul	50mg	ev	08/08ls	06ls	18
11	vitac	1g	ev	12/12ls	06ls	18
12	completo B	10ml	per	2x	for	12
13	Proctumipio	20ml	fo	2/2ls		Atenção!
14	SSUV + CC GG					Atenção!
15	Bivalirke			06/06ls	24hs	12 12
16						533722
17						
18						
19						
20						

Dra. Silvana Amorim  
Médica Anestesiologista  
CRM: 10177  
RQE: 544.398.574-20 / CBO: 223104

Fabiano C. dos Santos  
Enfermeiro  
CUR: 101072

MÉDICO (A)


ENFERMEIRO (A) 1ª CHEGAGEM

ENFERMEIRO (A) 2ª CHEGAGEM



[illegible]



 HOSPITAL ESPERANÇA	<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>	F.INS.22
--	--------------------------	----------

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_ Kg

**N. DEBETIUS TRAJANO SILVA**

Nasc: 20/06/1973 - 43a1m26d  
 Reg: 1186944 - Pront: 000331475  
 BRADESCO SAUDE/T - Sexo: M  
 Entrada: 16/08/2016 - Hora: 08:34  
 Matrícula: 772489001201007  
 N. Soc: \_\_\_\_\_

 Leito: 218-B

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

CARIMBO DE ALERGIA / PROTOCOLOS:

CARIMBO ARSENAL:

**ENVIADA**

EM 17.08.16

Às 08 44 hs.

ADM: Karolaine

PRESCRIÇÃO MÉDICA					APRAZAMENTO DA DIETA					
ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA DIETA					
					PACIENTES EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL					
					CHECAR	CHECAR	CHECAR			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>DIETA: <u>Dieta Cúe</u></p> <p>(ESPAÇO P/ MÉDICOS E NUTRICIONISTAS)</p> </div> <div> <p>PACIENTE EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL ORAL</p> <p>CHECAR</p> <p><u>SND</u></p> </div> <div> <p>PACIENTES EM USO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL</p> <table border="1"> <tr> <th>HORA DO INÍCIO</th> <th>HORA DO VENCIMENTO</th> </tr> <tr> <td>1ª ETAPA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2ª ETAPA</td> <td></td> </tr> </table> </div> </div>					HORA DO INÍCIO	HORA DO VENCIMENTO	1ª ETAPA		2ª ETAPA	
HORA DO INÍCIO	HORA DO VENCIMENTO									
1ª ETAPA										
2ª ETAPA										
1	<u>Morfina</u>	<u>1g</u>	<u>IV</u>	<u>6h</u>	<u>1218</u>	<u>2406</u>				
2	<u>Paracetamol</u>	<u>1000mg</u>	<u>7h</u>	<u>8h</u>	<u>1018</u>	<u>02</u>				
3	<u>SP</u>	<u>1000</u>								
4	<u>Paracetamol</u>	<u>1000mg</u>	<u>7h</u>	<u>12h</u>	<u>14</u>	<u>02</u>				
5	<u>Paracetamol</u>	<u>1000mg</u>								
6	<u>Cefalosporina</u>	<u>1g</u>	<u>IV</u>	<u>6h</u>	<u>1218</u>	<u>2406</u>				
7	<u>Paracetamol</u>	<u>400mg</u>	<u>7h</u>	<u>1x</u>	<u>06</u>					
8	<u>SVIT CC66</u>				<u>Gráfico</u>					
9										
10										
11	<p>Dr. Alexandre Pego Filho            Ortopedista            CREME-PE: 20817            TEO-PE: 14900</p> <p align="center"><b>16 AGO. 2016</b></p>									
12										
13	<u>Clotrimazol 40mg</u>	<u>OT</u>	<u>SC</u>	<u>1x</u>	<u>12h</u>					
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20	<p align="center"><b>prevenir trombose</b></p> <p>Avaliar indicação de Profilaxia</p>									

Dr. Hugo S. Fernandes  
 Médico  
 CRM-PE: 22.847

Rosália Maria da Silva  
 Enfermeira  
 COREN-PE: 01.141

MÉDICO (A)	ENFERMEIRO (A) 1ª CHEGAGEM	ENFERMEIRO (A) 2ª CHEGAGEM
Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 27/09/2019 18:33:16		









REDE POR AO LUIZ HOSPITAL ESPERANÇA

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

1714 FEMG.10 1529

Procedência

☐ Domicílio ☐ Outro Hospital ☐ Home Care ☐ Outros:

\* Caso procedente de outro hospital, home care ou clínica de hemodiálise, seguir protocolo de medidas de precaução de contato da CCIH.

Horário do início do atendimento SMART : h

QUEIXA PRINCIPAL:

SSVV: FR 18 FC 98 PA 160/90

SATURAÇÃO O2 98%

TEMPERATURA

DOR ( ) SIM ( ) NÃO LOCAL

DEMETRIUS TRAJANO SILVA

Nasc: 20/06/1973 - 42a6m2d

Reg: 1072348 - Pront: 000331475

3R-DESCO SAUDE/N - Sexo: M

Entrada: 22/12/2015 - Hora: 15:25

Matricula: 772489001201007

4. Soc:



Leito: URGEN

Antecedentes

HAS ☒ Sim ☐ Não

Tabagismo ☐ Sim ☐ Não

Alergias

☐ Sim ☒ Não

DM ☐ Sim ☐ Não

Etilismo ☐ Sim ☐ Não

Quais:

Outros:

Medicamentos em uso

Bensitede de Ambiprim 5mg, Alendrol 25mg

Ass. Enfermagem:

Horário do início do atendimento médico 16:00h

H.D.A

Paciente vítima de queda de moto por asfalto com trauma em MSD, não apresenta consciência e vômito.

Asma/DPOC ☐ Sim ☐ Não

AVC ☐ Sim ☐ Não

Convulsões ☐ Sim ☐ Não

IRA/IRC ☐ Sim ☐ Não

Outros:

Angina/IAM ☐ Sim ☐ Não

Dist. coag. ☐ Sim ☐ Não

Neoplasia ☐ Sim ☐ Não

Uso de QT ☐ Sim ☐ Não

Internamento últimos 60d ☐ Sim ☐ Não

Motivo:

Uso de ATBs nos últimos 60d ☐ Sim ☐ Não

Quais:

Cirurgias Prévias

☐ Sim ☐ Não

Quais:

Exame físico

Geral: Temperatura °C

ORL:

AR: FR irpm

ACV: PA 1 mmHg FC bpm

ABD:

SN:

Extremidades:

Hipóteses diagnósticas

1 - Acidente de moto

CID 10:

2 -

CID 10:

Ass. Médica:

Dra. Camila Krause  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-20793







GOT SUL- GRUPO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
AV. ZEQUINHA BARRETO N.450 - PIEDADE/JABOATÃO  
FONE: 3462.1314  
C.C.C 02.451.851.0001/86

ATESTADO MÉDICO

O SR. (a) DR. GUSTAVO T. M. J. J. J. JCM

Foi atendido (a) nesta clínica em 11/02/16  
devendo:

- ☐ voltar ao trabalho. Consulta às  
☐ permanecer em repouso hoje  
☒ permanecer em repouso por 60 dias a partir de 11/02/16

543 + M75  
CID: ----- Não obrigatório. Resolução CFM (1819/07)

Nota: Este atestado é válido para as finalidades previstas no  
ARTIGO 86 DO RGPS aprovado pelo decreto n. 60501 de 14/03/1967 e  
será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do  
trabalho.

DR. Giovanni S. Machado

Ortopedia

CRM-PE 9111

Assinatura do médico - CFM



# GRUPO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Rua das Fronteiras, 51  
Boa Vista Fone: 3231.2888  
got.ortopedia@gmail.com



Av. Zequinha Barreto, 450  
Piedade Fone: 3462.1314  
gotsul@veloxmail.com.br

Giovani Serrano Machado  
CRM 9111

Angelo Cortez  
CRM 11929

Murilo Nogueira Lima  
CRM 13089

Oyama Arruda Jr.  
CRM 11648

Frederico G. da Luz Ribeiro  
CRM 10635

Italo Carvalho Ferraz  
CRM 12277

Odilmar Barbosa E. Silva  
CRM 4505

Rodrigo Castro de Medeiros  
CRM 14616

Oscalina Marcia P. Silva  
CRM 14417

Leonardo Moura de Gouveia  
CRM 14908

João Lampropulos  
CRM 6667

Demétrio dos Santos

Presente por parte de Lesão  
marginal. Rotador 7.5 cm com  
Lesão Labral anterior e Lesão do tendão  
do Biceps e Lesão do ligamento  
(vide RNM)

Labro Anterior e Marginal 7.5 cm  
Anterior e Marginal 7.5 cm  
Anterior do tendão 7.5 cm  
Anterior do ligamento 7.5 cm

Presente Expressão Anterior

11/08/14

DR. Giovani S. Machado  
Ortopedia  
CRM-PE 9111

[www.gotgrupodeortopedia.com.br](http://www.gotgrupodeortopedia.com.br)







## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) senhor(a) Rafaela Juliane de Almeida  
foi atendido neste serviço no dia 30/03/16  
CID: 0255

☒ Necessito de 30 dias de afastamento  
de suas atividades (no trabalho ou escola);

☐ Estando apto para voltar ao trabalho;

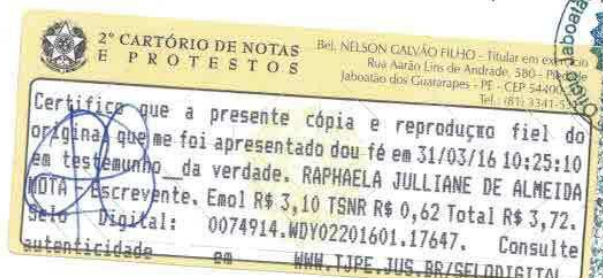
☐ Como acompanhante.

☐ Outros

Recife, 30 de 03 de 2016

Dilma Moreira Pinto  
CRM 10.333-2  
Médico

Rua Francisco Alves, 326 | Ilha do Leite - Recife - PE | Fone: (81) 3421-9100



2-Nº 000277250

1-Registro ANS <b>005711</b>		3-Data da Autorização / /		4-Senha / /		5-Data Validade da Senha / /		6-Data de Emissão da Guia / /		
<b>Dados do Beneficiário</b>										
7-Número da Carteira / / / / /					8-Plano / /		9-Validade da Carteira / / /			
10-Nome <b>DEMETRIUS TRANJANO SILVA</b>					11-Número do Cartão Nacional de Saúde / / / / /					
<b>Dados do Contratado Solicitante</b>										
12-Código na Operadora / CNPJ / CPF / / / / /					13-Nome do Contratado			14-Código CNES		
15-Nome do Profissional Solicitante <b>DILAMAR MOREIRA PINTO</b>					16-Conselho Profissional <b>CRM</b>		17-Número do Conselho <b>11619</b>		18-UF <b>PE</b>	
19-Código CBOS										
<b>Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação</b>										
20-Código na Operadora / CNPJ / / / / /					21-Nome do Prestador / / / / /					
22-Caráter da Internação <b>E</b> E - Eletiva U - Urgência / Emergência					23-Tipo de Internação <b>2</b> 1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica					
24-Regime de Internação <b>1</b> 1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar					25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>0   2   D</b>					
26-Indicação Clínica <b>PACIENTE COM DOR, EDEMA E CREPTACAO DO OMBRO DIR POR TRAUMA HA 01MES</b> <b>EX- NEER + , JOB + , PAT- OBREIN +</b> <b>HD- SINOVITE + LESAO SLAP + IMPACTO + LESAO DO MANGUITO DO OMBRO DIR</b>										
<b>Hipóteses Diagnósticas</b>										
27-Tipo Doença <b>C</b> Aguda C - Crônica		28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente <b>0   1 A</b> A-Anos M-Meses D-Dias			29-Indicação de Acidente 0-Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1-Trânsito 2-Outros					
30-CID 10 Principal <b>M 2 5 5</b>		31-CID 10 (2)		32-CID 10 (3)		33-CID 10 (4)				
<b>Procedimentos Solicitados</b>										
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição					37-Qtde. Solic	38-Qtde. Aut		
1	80733017	SINOVECTOMIA								
2	30735033	ACROMIOPLASTIA								
3	30735041	TT DE LESAO LABRAL								
4	30735066	TT DE LESAO DO MANGUITO DIR								
5										
<b>OPM Solicitados</b>										
39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição OPM			42-Qtde.	43-Fabricante	44-Valor Unitário - R\$			
1										
2										
3										
4										
5										
<b>Dados da Autorização</b>										
45-Data Provável da Admissão Hospitalar / / / /					46-Qtde. Diárias Autorizadas		47-Tipo de Acomodação Autorizada			
48-Código na Operadora / CNPJ / / / / /					49-Código CNES					
51-Observação										
52-Médico Solicitante Data / /										
Assinatura <b>DILAMAR PINTO</b> CRM 11619/5033					53-Beneficiário ou Responsável Data / /					
Assinatura					54-Responsável pela Autorização Data / /					
Assinatura					Assinatura					

COD. MAT. 72.038-0



NOV./2006

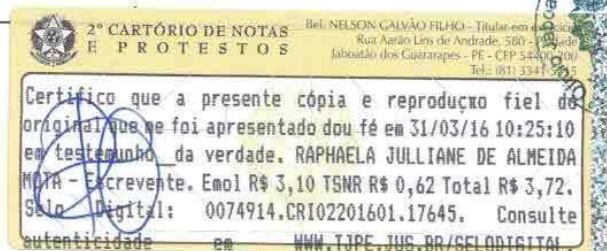
2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS

Bel. NELSON GALVÃO FILHO - Titular em Exercício  
Rua Araújo Lima de Andrade, 580 - Pórtico  
Laboratório dos Guararapes - PE - CEP 54400-200  
Tel.: (81) 3341-9233

Certifico que a presente cópia e reprodução fiel do original que me foi apresentado dou fé em 31/03/16 10:25:10 em testemunho da verdade. RAPHAELA JULIANE DE ALMEIDA  
Data Escrita: Emol R\$ 3,10 TSNR R\$ 0,62 Total R\$ 3,72.  
Data Digital: 0074914.AEU02201601.17644. Consulte autenticidade em [WWW.TJPE.JUS.BR/SEL0016161](http://WWW.TJPE.JUS.BR/SEL0016161)




NÚMERO SOLICITAÇÃO: 30/03/16		SOLICITANTE: DILAMAR PINTO		CÓDIGO DO REFERENCIADO:	
 <b>Bradesco Saúde</b>		AUTORIZAÇÃO - MATERIAIS ESPECIAIS FAX (0XX21)2503-5874			
Senha:		Data do Evento:		Número de identificação do segurado (paciente)	
				CPF do segurado	
Nome do segurado (paciente): DEMETRIUS TRANJANO SILVA				Sexo: _____ Idade: _____	
Hospital/Clinica: ESPERANCA		Código de referenciamento do Hospital/Clinica:		Telefone do Hospital/Clinica:	
Descrição da(s) Cirurgia(s)				Código Procedimento Bradesco	
SINOECTOMIA				30735017	
ACHROMIPLASTIA				30735033	
TT DE LESAO LABRAL + TT DO MANGUITO				30735041 + 30735068	
Discriminação dos Materiais					
ITEM	QUANTIDADE	MARCA	FORNECEDOR	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL	
1	01		ORTHOSERV	BOMBA INFUSAO	
2	02		ORTHOSERV	SHAVER	
3	01		ORTHOSERV	RADIOFREQUENCIA	
4	05		ORTHOSERV	ANCORAS	
5	03		ORTHOSERV	CANULAS	
6	02		ORTHOSERV	FIOS GUIA	
7	01		ORTHOSERV	SCORPION	
8					
9					
10					
Médico Cirurgião - Assinatura e carimbo					
			TELEFONE:		
CRM:			FAX:		
FORNECEDOR 1:			E-mail:		
Tel.: (11)		Forneceador 2:	Forneceador 3:		
		Tel.: (11)	Tel.: (11)		
NOTA FISCAL:			LOCAL DO PAGAMENTO:		
Linha BRADESCO SAÚDE					
A) AUTORIZADO		B) PENDÊNCIA		C) NÃO AUTORIZADO	
<input type="checkbox"/> Pagamento hospital - cobrar em conta <input type="checkbox"/> Pagamento fornecedor <input type="checkbox"/> Cobertura somente por Reembolso <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Especificação completa do material <input type="checkbox"/> Nome do fabricante/fornecedor <input type="checkbox"/> Aguardando resposta do fornecedor <input type="checkbox"/> Preencher campo(s) assinalado(s) <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Sem cobertura contratual <input type="checkbox"/> Sem registro no Ministério da Saúde <input type="checkbox"/> Não necessita autorização	
Visto					
PROJETO DE OPME					



Nasc: 20/06/1973 - 43a1m26d  
Reg: 1186944 - Pront: 000331475  
BRADESCO SAUDE/IT - Sexo: M  
Entrada: 16/08/2018 - Hora: 08:34  
Matricula: 772489001201007  
N. Soc:  
Leito: 218-B

**RELATÓRIO DE CIRURGIA**

NOME	DEMETRIUS TRAJANO SILVA				REGISTRO	1186944	
DATA DA CIRURGIA	16.08.16	INICIO	18H	TÉRMINO	19:20	LEITO	218-B
CIRURGIÃO	DILAMAR PINTO		1AUXILIAR		SILVIA CAVADINHA		
2AUXILIAR	ALVARO COSTA	3AUXILIAR			INSTRUMENTADOR	Ana Flávia	
ANESTESISTA	Dra SILVANA						
BRADESCO							
DIAGNOSTICO PRÉ OPERATORIO	LESÃO DO MANGUITO ROTADOR DO OMBRO DIR. + SIND DE IMPACTO+ARTROSE ACROMIOCLAVICULAR + LUXAÇÃO DO CLB						
DIAGNOSTICO PÓS OPERATORIO	LESÃO DO MANGUITO ROTADOR DO OMBRO DIR. + SIND DE IMPACTO+ARTROSE ACROMIOCLAVICULAR + LUXAÇÃO DO CLB						
CIRURGIA PROPOSTA	REPARO DO MANGUITO ROTADOR + ACROMIOPLASTIA + SINOVECTOMIA + DESBRIDAMENTO + TENOTOMIA DO CLB + TENODESE DO CLB						
CIRURGIA REALIZADA	REPARO DO MANGUITO ROTADOR + ACROMIOPLASTIA + SINOVECTOMIA + DESBRIDAMENTO + TENOTOMIA DO CLB + TENODESE DO CLB						
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	Não houve						
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	Não houve						
MATERIAL ESPECIAL	02 cânulas de infusão + 01 equipo de bomba + 01 ponteira de radiofrequencia + 02 laminas de shavers. + 01 dispositivo de fixação pushlock + 01 âncora corkscrew + 03 fios fibrosos						
DESCRIÇÃO	 <p>2º CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTOS Atestamos que a presente cópia e original que se foi apresentado dou fe e testemunha da verdade. RAPHAELA -Escrivente. Emol R\$ 3,10 TSMR F Celo Digital: 0074914.DZQ082016 Assinado Eletronicamente em WWW.TJPE</p>						

1. PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA - TRAÇÃO LONGITUDINAL
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA + COLAR CERVICAL.
3. INCISÃO DE PORTAL POSTERIOR PARA ASTROSCÓPIA.
4. COLOCAÇÃO DE 02 CÂNULAS DESCARTÁVEIS + IRRIGAÇÃO ARTICULAR COM SORO FISIOLÓGICO EM BOMBA DE INFUSÃO
5. INTRODUÇÃO DE ARTROSCÓPIO COM VISUALIZAÇÃO DE SINOVITE EXTENSA, LESÃO DO MANGUITO ROTADOR (SUPRAESPINHAL MICRORRUPÇÕES, REAVIVAMENTO) + LUXAÇÃO DO CLB
6. ABORDAGEM SUBACROMIAL E SINOVECTOMIA C/ SHAVER SINOVECTOR E RADIOFREQUENCIA.
7. OBSERVADO DA RUPTURA DO MANGUITO = SUPRAESPINHAL. DESBRIDAMENTO APOS CRUENTIZAÇÃO COM RADIOFREQUENCIA.
8. TENOTOMIA + TENODESE DO CLB EM SUBSCAPULAR COM DISPOSITIVO PUSHLOCK
9. REPARO DO MANGUITO ROTADOR COM ÂNCORA CORKSCREW 5.0
10. RESSECÇÃO PARCIAL DO LIGAMENTO CORACÓACROMIAL - ACROMIOPLASTIA COM LAMINA ACROMONIZER.
11. SUTURA DOS PORTAIS COM FIO MONO NYLON 3.0
12. CURATIVO OCLUSIVO + TIPOIA DE ABDUÇÃO.

Artur Felipe de Barros Gouveia  
Ortopedia/Traumatologia  
CRMPE 19425





Dr Romeu Krause  
Dr Antonio Mario Valente  
Dr Dilamar Pinto  
Dr Henrique Maiheiros  
Dr Marcelo Krause  
Dr Stemberg Vasconcelos  
Dr Mario Jorge Lobo  
Dr Romero Mendes  
LAUDO Dr Marcus André  
Dr Leonardo Silveira

PACIENTE **DEMETRIUS TRANJANO SILVA**, COM DIFICULDADE  
NA ELEVACAO DO MSD, POS TRAUMA DIA 22-12-15. NO MOMENTO REFERE  
DOR NO ANTEBRACO DIR POS ESFORCO

EX- DOR A MOBILIZACAO E A ROTACAO EXTERNA DO OMBRO DIR,  
DOR A FLEXAO DO PUNHO DIR

RNM - MOSTRA SINAIS DE LESAO DO MANGUITO + LUXACAO DO  
OMBRO E LESAO DO BICEPS PROXIMAL DIR  
USG MOSTRA TENDINITE DOS FLEXORES DO PUNHO DIR

HD- LESOA DO MANGUITO DIR +LESAO DO BICEPS + INSTABILIDADE  
DO OMBRO + CAPSULITE ADESIVA + TENDINITE DO COTOVELO DIR  
CID- M255/ M170/ M165

COND- FEITO TRATAMENTO CIRURGICO DO OMBRO DIR E FISIOTERAPIA  
MOTORA.

- AO INSS PRA PERICIE

13-02-17

**DILAMAR PINTO**  
CRM 11619

Med. Cir. Ortop.  
do Ombro e Omb.  
CRM 11619  
M255/1302/5

Instituto de Traumatologia & Ortopedia Romeu Krause  
Rua Francisco Alves, 326 - Ilha do Leite, Recife PE  
Tel: 81 3414.9100 | 3414.9101





EVOLUCAO: 20/03/17 15:28 FICHA:95484 DEMETRIUS TRAJANO SILVA

BRADESCO

Cid 1: DOR EM MEMBRO - M79.6

Cid 2:

Cid 3:

**Historico da Doenca Atual - Queixa / Exame Fisico**

PACIENTE COM QUEIXA DE DOR ANTEBRAÇO DIR APOS CIRURGIA OMBRO DIR 2016  
VEM COM USG  
USG - TENDINITE FLEXORES DOS DEDOS  
QUEIXA DE PARESTASIA NA MÃO

**Diagnostico****Laudo do Raio - X****Procedimentos**

ENMG  
FISIO

DECY HOLANDA CAVALCANTE FILHO CRM: 16

BRAVO SISTEMAS - VERSÃO CLÍNICAS - www.sistemabravo.com.br



EVOLUCAO: 16/03/17 09:33 FICHA: 95484 DEMETRIUS TRAJANO SILVA

BRADESCO

Cid 1: LUXACAO ARTICULACAO DO OMBRO - S43.0

Cid 2:

Cid 3:

**Historico da Doenca Atual - Queixa / Exame Fisico**

operado por dilamar em agosto de 16  
e lesao do mr  
esta ainda em ft e reclama dor no biceps e antebraço d e punho  
ja esta com guias de ft  
diprosm im

**Diagnostico****Material/Servico**

DIPROSPAN AMP. HYPAK

Qty

1

**Laudo do Raio - X****Procedimentos**

pediu laudo nao dei .....

GIOVANI SERRANO MACHADO CRM: 9111

BRAVO SISTEMAS - VERSÃO CLÍNICAS - www.sistemabravo.com.br







Seguradora Líder • DPVAT

## DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)



DEMETRIUS TRAJANO SILVA  
RUA ERNESTO NAZARETH, 456 MOD 8 APT 329  
AREIAS  
CEP 50860260 - RECIFE - PE

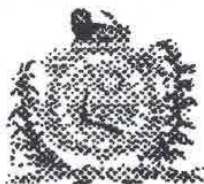


JS375867469BR

Seguradora Líder • DPVAT







**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES -  
DP19°CIRC DIM/6º DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0109002387**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/04/2016** às **16:31**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **22/12/2016** às **11:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 1 - Bairro: PRAZERES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**NÃO TEVE (AUTOR / AGENTE)  
DEMETRIUS TRAJANO SILVA (VÍTIMA)**

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
DEMETRIUS TRAJANO SILVA**

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

**DEMETRIUS TRAJANO SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: GILSA MARIA TRAJANO SILVA Pai: JOSUEL PEREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 29/8/1973 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3730001/999/PE (RG) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU INCOMPLETO Endereço Residencial: RUA ERNESTO NAZARETH, 459, MÓDULO 2 APTO 329 - CEP: 55000-000 - Bairro: ESTÂNCIA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO TEVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DEMETRIUS TRAJANO SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): DEMETRIUS TRAJANO SILVA Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KKT5120** (PERNAMBUCO/VICENCIA)**Complemento / Observação**

**INFORMA O QUEIXOSO QUE ESTAVA COM SUA MOTOCICLETA NA VIA E AO SUBIR O VIADUTO COM DIREÇÃO AO RECIFE NA SUBIDA ENCONTROU OLEO NA PISTA VINDO A DERRAPAR E CAIR AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, OCORRÊNCIA Nº 9-99999, E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL ESPERANÇA, SENDO ATENDIDO E LIBERADO EM SEGUIDA, TENDO DESLOCADO O OMBRO E A CLAVÍCULA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.**

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

*Demetrius Trajano Silva*  
**DEMETRIUS TRAJANO SILVA**  
**(VITIMA)**

*Jose Roberto da Silva*  
**B.O. registrado por: JOSÉ ROBERTO DA SILVA - MAT. 221534-9**





Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

DA Nº: 1429.000  
EM: 09.03.2016

Atendendo ao requerimento do Sr. **DEMETRIUS TRAJANO SILVA**,  
**RG: 3736601 – SDS/PE, CPF:616.711.424-20**, consta em nossos arquivos a  
ocorrência de **NºS-99990** do dia 22 de Dezembro de 2015, foi atendido pelo nosso  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 14h 25min  
vítima de Queda de moto. O acidente aconteceu na Avenida Estrada da Batalha –Jardim  
Jordão- Jaboatão dos Guararapes. Onde após os cuidados a vitima foi removida para o  
Hospital Esperança.

Jaboatão dos Guararapes, 09 de Março de 2016

**Valéria Vieira de Melo**  
Coordenação Geral SAMU 192  
Jaboatão dos Guararapes

Valéria V. Melo  
Coord. Enfermagem SAMU  
Sec. Saúde - PMUG  
Mat. 12845-0  
COREN: 84536







Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2016

Carta nº: 9476931

A/C: DEMETRIUS TRAJANO SILVA

Sinistro: 3160466460 ASL-0987654/16  
Vítima: DEMETRIUS TRAJANO SILVA  
Data Acidente: 22/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

01/07

Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2016

Carta nº: 9479973

A/C: DEMETRIUS TRAJANO SILVA

Sinistro: 3160466460 ASL-0987654/16  
Vítima: DEMETRIUS TRAJANO SILVA  
Data Acidente: 22/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 07/07/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 22/12/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página \*

Protocolo  
8354749

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10249747

A/C: DEMETRIUS TRAJANO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160466460 ASL-0987654/16

Vítima: DEMETRIUS TRAJANO SILVA

Data Acidente: 22/12/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 21/11/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 22/12/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**







Seguradora Líder - DPVAT

04/08

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10357524

A/C: DEMETRIUS TRAJANO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160466460 ASL-0987654/16

Vítima: DEMETRIUS TRAJANO SILVA

Data Acidente: 22/12/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 02/01/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 22/12/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

*Handwritten signature and initials*



06/08

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2017

Carta nº: 10663551

A/C: DEMETRIUS TRAJANO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170045788 ASL-0025241/17

Vítima: DEMETRIUS TRAJANO SILVA

Data Acidente: 22/12/2015

Natureza: DAMS

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Dr. Romeu Krause  
Dr. Antônio Mário Valente  
Dr. Dilamar Pinto  
Dr. Stemberg Vasconcelos  
Dr. Henrique Malheiros Jr.  
Dr. Mário Jorge Lobo  
Dr. Marcus André  
Dr. Marcelo Krause  
Dr. Romero Mendes  
Dr. Leonardo Silveira



## LAUDO

### PACIENTE

DEMETRIUS TRAJANO SILVA

SOLICITAMOS PARA O PACIENTE ACIMA 05 ANCORAS PARA SUA CIRURGIA DO OMBRO, DEVIDO A EXTENSA LESAO DO MANGUITO E, SUBLUXACAO DO BICEPS, O QUE DEVE SER PRECISO MAIOR NUMERO DE ANCORAS PARA SEU TOTAL REPARO

ATENCIOSAMENTE

RECIFE, 27/05/16

**Dilamar Pinto**  
CRM- 11619 / Ombro  
Dr. Dilamar Pinto  
Cirurgia de Ombro e Ombro  
CRM- 11619 / Nra: 243620-5

Rua Francisco Alves, 326 Ilha do Leite - Recife - PE Fone (81) 3414.9100 | 3414.9101





Cid 1: LESOES DO OMBRO - M75

Cid 2:

Cid 3:

**Historico da Doenca Atual - Queixa / Exame Fisico**

OPERADO OMBRO DIR EM 16 AGO 16 (5 MESES) POR LESÃO DO MANGUITO ROTADOR . AINDA SENTE MUITA DOR , FEZ 25 SS DE FISIOTERAPIA ,VEIO AVALIAR POIS O MEDICO SUSPENDEU AS FISIOTERAPIAS.

**Diagnostico**

LESAO MR OMBRO DIR POS OP

**Material/Servico**

Qty

OMBRO (ARTIC. ESCAPULO-UMERAL)

1

**Laudo do Raio - X**

IMAGEM DE ANCORA METALICA OMBRO DIR

**Procedimentos**

MANTER FISIOTERAPIA

OYAMAARRUDA F. CANECA JR. CRM: 11648

BRAVO SISTEMAS - VERSÃO CLÍNICAS - www.sistemabravo.com.br



Cid 1: CONTUSAO OMBRO E DO BRACO - S40.0

Cid 2:

Cid 3:

**Historico da Doenca Atual - Queixa / Exame Fisico**

PACIENTE COM HISTORIA QUEDA DE MOTO DIA 23-12-15  
REFERE LUXAÇÃO OMBRO ONDE FOI REALIZADO REDUÇÃO HOSPITAL ESPERANÇA  
VEM SEM RX E COM QUEIXA DE DOR OMBRO E TORNOZELO DIR

**Diagnostico****Material/Servico****Qtd**

OMBRO (ARTIC. ESCAPULO-UMERAL)

1

TORNOZELO (ART TIBIA-TARSICA)

1

**Laudo do Raio - X**

SEM FRATURA E OU LUXAÇÃO

**Procedimentos**

MANTER TIPOIA  
ATESTO 10 DIAS

DECY HOLANDA CAVALCANTE FILHO CRM: 16

BRAVO SISTEMAS - VERSÃO CLÍNICAS - [www.sistemabravo.com.br](http://www.sistemabravo.com.br)

Cid 1: SINDROME DO MANGUITO ROTADOR - M75.1

Cid 2:

Cid 3:

**Historico da Doenca Atual - Queixa / Exame Fisico**

luxacao do ombo dir ha 1 mes com sinais de lesao do manguito  
nao consegue elevacao ativa  
sol rm

**Diagnostico**

lesao amnguto

**Laudo do Raio - X****Procedimentos**

MURILO NOGUEIRA LIMA CRM: 13089

BRAVO SISTEMAS - VERSÃO CLÍNICAS - [www.sistemabravo.com.br](http://www.sistemabravo.com.br)





CLÍNICA  
ORTOPÉDICA  
DE PIEDADE

Dr. Sérgio Remigio

CRM 8993/PE - CIRURGIA DO OMBRO E ARTROSCOPIA

Lado Direito

Demétrius trajava sobre  
gaxa - se de dor em ombro  
D, há 3 meses, após tra-  
ma.

Tem nódulo no supra-  
espaço paravascular +  
subscapular do cabo largo do  
músculo maior + SLTT +  
edema ósseo em humeral  
maior.

Inicialmente à fisioterapia,  
p/ posteriormente indicar  
cirurgia

Avenida Bernardo Vieira de Melo, 1000 Fone: (81) 3462.4699 / Fax: 3461.3879  
Piedade - Paraíba dos Guararapes - CEP: 54.410-011

29/03/16

Dr. Sérgio Remigio  
Cirurgia do Ombro e Ortopedia  
CRM - PE 8993



Dr. Romeu Krause  
Dr. Antônio Mário Valente  
Dr. Dilamar Pinto  
Dr. Stemberg Vasconcelos  
Dr. Henrique Malheiros Jr.  
Dr. Mário Jorge Lobo  
Dr. Marcus André  
Dr. Marcelo Krause  
Dr. Romero Mendes



LAUDO

**PACIENTE DEMETRIUS TRANJANO SILVA, COM DIFICULDADE NA ELEVACAO DO MSD, POS TRAUMA DIA 22-12-15.**

**EX- DOR A MOBILIZACAO E A ROTACAO EXTERNA DO OMBRO DIR**

**RNM - MOSTRA SINAIS DE LESAO DO MANGUITO + LUXACAO DO OMBRO E LESAO DO BICEPS PROXIMAL DIR**

**HD- LESOA DO MANGUITO DIR +LESAO DO BICEPS + INSTABILIDADE DO OMBRO + CAPSULITE ADESIVA**  
**CID- M255/ M170, M165**

**COND- INDICADO TRATAMENTO CIRURGICO E FISIOTERAPIA MOTORA .PRE OPERATORIA**

**- AO INSS PRA PERICIE**

**DILAMAR PINTO**  
**CRM 11619**

*[Assinatura]*  
Dilamar Pinto  
CRM 11619  
Conselho de Medicina do Estado de Pernambuco  
Rua 5037 - Uniluz - 50050-000

30/03/16

Rua Francisco Alves, 326 Ilha do Leite - Recife - PE Fone (81) 3414.9100 | 3414.9101



DEMETRIUS TRAJANO SILVA  
Nasc: 20/06/1973 - 43a1m26d  
Reg: 1186944 - Pront: 000331475  
BRADESCO SAUDE/1 - Sexo: M  
Entrada: 16/09/2018 - Hora: 08:34  
Matricula: 772489001201007  
Leito: 218-B

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME	DEMETRIUS TRAJANO SILVA						REGISTRO	1186944
DATA DA CIRURGIA	16.08.16	INICIO	18H	TÉRMINO	19:20	LEITO	218-B	
CIRURGIÃO	DILAMAR PINTO		1AUXILIAR		SILVIA CAVADINHA			
2 AUXILIAR	ALVARO COSTA	3 AUXILIAR			INSTRUMENTADOR	Ana Flávia		
ANESTESISTA	Dra SILVANA							
BRADESCO								
DIAGNOSTICO PRÉ OPERATORIO	LESÃO DO MANGUITO ROTADOR DO OMBRO DIR. + SIND DE IMPACTO+ARTROSE ACROMIOCLAVICULAR + LUXAÇÃO DO CLB							
DIAGNOSTICO PÓS OPERATORIO	LESÃO DO MANGUITO ROTADOR DO OMBRO DIR. + SIND DE IMPACTO+ARTROSE ACROMIOCLAVICULAR + LUXAÇÃO DO CLB							
CIRURGIA PROPOSTA	REPARO DO MANGUITO ROTADOR + ACROMIOPLASTIA + SINOVECTOMIA + DESBRIDAMENTO + TENOTOMIA DO CLB + TENODESE DO CLB							
CIRURGIA REALIZADA	REPARO DO MANGUITO ROTADOR + ACROMIOPLASTIA + SINOVECTOMIA + DESBRIDAMENTO + TENOTOMIA DO CLB + TENODESE DO CLB							
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	Não houve							
EXAME RADIOLOGICO NO ATO	Não houve							
MATERIAL ESPECIAL	02 cânulas de infusão + 01 equipo de bomba + 01 ponteira de radiofrequencia + 02 laminas de shavers. + 01 dispositivo de fixação pushlock + 01 âncora corkscrew + 03 fios fibro							
DESCRIÇÃO								

1. PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA + TRAÇÃO LONGITUDINAL
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA + COLAR CERVICAL.
3. INCISÃO DE PORTAL POSTERIOR PARA ASTROSCOPIA.
4. COLOCAÇÃO DE 02 CANULAS DESCARTAVEIS + IRRIGAÇÃO ARTICULAR COM SORO FISIOLÓGICO EM BOMBA DE INFUSÃO
5. INTRODUÇÃO DE ARTROSCÓPIO COM VISUALIZAÇÃO DE SINOVITE EXTENSA, LESÃO DO MANGUITO ROTADOR ( SUPRAESPINAL MICRORRUPATURAS, REAVIVAMENTO) + LUXAÇÃO DO CLB
6. ABORDAGEM SUBACROMIAL E SINOVECTOMIA C/ SHAYER SINOVECTOR E RADIOFREQUENCIA.
7. OBSERVADO DA RUPTURA DO MANGUITO = SUPRAESPINAL, DESBRIDAMENTO APOS CRUENTIZAÇÃO COM RADIOFREQUENCIA.
8. TENOTOMIA + TENODESE DO CLB EM SUBESCAPULAR COM DISPOSITIVO PUSHLOCK
9. REPARO DO MANGUITO ROTADOR COM ÂNCORA CORKSCREW 5.0
10. RESSECÇÃO PARCIAL DO LIGAMENTO CORACOGACROMIAL + ACROMIOPLASTIA COM LAMINA ACROMONIZER.
11. SUTURA DOS PORTAIS COM FIO MONO NYLON 3.0
12. CURATIVO OCLUSIVO + TIPOIA DE ABDUÇÃO.

Artur Felipe de Barros Costa  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/PE 15425





# GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 - Nº Guia no Prestador  
420282650

1 - Registro ANS 005711	3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		
4 - Data da Autorização 16/08/2016	5 - Senha DM8N471	6 - Data de validade da senha 17/08/2016	

## Dados do Beneficiário

7 - Número da Carteira 772489001201007	8 - Validade da Carteira 30/09/2017	9 - Atendimento de RN N
10 - Nome DEMETRIUS TRAJANO SILVA		11 - Cartão Nacional de Saúde

## Dados do Contratado Solicitante

12 - Código na Operadora 323616	13 - Nome do Contratado HOSPITAL ESPERANCA LTDA			
14 - Nome do Profissional Solicitante DILAMAR MOREIRA PINTO	15 - Conselho Profissional 6	16 - Número do Conselho 011619	17 - UF PE	18 - Código CBO 225270

## Dados do Hospital/ Local Solicitado / Dados da Internação

19 - Código na Operadora / CNPJ 323616		20 - Nome do Hospital/Local Solicitado HOSPITAL ESPERANCA LTDA		21 - Data sugerida para internação 16/08/2016	
22 - Caráter do Atendimento 1	23 - Tipo de Internação 2	24 - Regime de Internação 1	25 - Qtde. Diárias Solicitadas 1	26 - Previsão de uso de OPME N	27 - Previsão de uso de quimioterápico N
28 - Indicação Clínica RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR					
29 - CID 10 Principal (Opcional) R52	30 - CID 10 (2) (Opcional) R52	31 - CID 10 (3) (Opcional) R52	32 - CID 10 (4) (Opcional)	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada) 9	

## Procedimentos Solicitados

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
22	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO	1	1
22	30735068	RUPTURA DO MANGUITO ROTADOR - PROCEDIMENTO VIDE	1	1
22	30735041	LESAO LABRAL - PROCEDIMENTO VIDEOARTROSCOPICO DE	1	1

## Dados da Autorização

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 16/08/2016	40 - Qtde. Diárias Autorizadas 1	41 - Tipo da Acomodação Autorizada 13
42 - Código na Operadora / CNPJ Autorizado 323616	43 - Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL ESPERANCA LTDA	44 - Código CNES 2356906
45 - Observação / Justificativa		
46 - Data da Solicitação 16/08/2016	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização		

DEMETRIUS TRAJANO SILVA  
Nasc: 20/06/1973 - 43a1m26d  
Reg: 1186944 - Pront: 000331475  
BRADESCO SAUDE/T - Sexo: M  
Entrada: 16/08/2016 - Hora: 08:34  
Matricula: 772489001201007  
N. Soc:  
Leito: 002



1 - Registro ANS 005711		3 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 32604482	
4 - Data da Autorização 16/08/2016		5 - Senha DM8N471	
		6 - Data de Validade da Senha	

**Dados do Beneficiário**

7 - Número da Carteira 772489001201007		8 - Validade da Carteira		9 - Atendimento a RN N	
10 - Nome DEMETRIUS TRAJANO SILVA				11 - Cartão Nacional de Saúde	

**Dados do Contratado Solicitante**

12 - Código na Operadora 323616		13 - Nome do Contratado HOSPITAL ESPERANCA			
14 - Nome do Profissional Solicitante Dilamar Pinto		15 - Conselho Profissional CRM		16 - Número do Conselho 11619	
		17 - UF PE		18 - Código CBO 322 MEDICO ORTOPEDISTA	

**Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação**

19 - Código na Operadora / CNPJ 323616		20 - Nome do Hospital/ Local Solicitado HOSPITAL ESPERANCA		21 - Data Sugerida para Internação 06/07/2016	
22 - Caracter do Atendimento ELETIVO		23 - Tipo de Internação 2		24 - Regime de Internação HOSPITALAR	
		25 - Qtde. Diárias Solicitadas 2		26 - Previsão de uso de OPME	
				27 - Previsão de uso de Quimioterapia	

28 - Indicação Clínica  
DNE; DC; DA; I; P; GR; A; UTI; N; RV; OBS: Paciente com dor+edema e crepitação do ombro direito por trauma.Sinovite +lesão slap+impacto+lesão do manguito rotador do ombro direito

29 - CID  
30 - CID  
31 - CID  
32 - CID

33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)

**Procedimentos ou Itens Assistenciais Adicionais Solicitados**

34 - Tabela	35 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	36 - Descrição	37 - Qtde. Solic.	38 - Qtde. Aut.
16	30735068	RUPTURA MANGUITO ROTADOR - PROC VIDEOARTR OMBRO	1	1
16	30735041	LESAO LABRAL - PROCED VIDEOARTROSCOPICO DE OMBRO	1	1
16	30735033	ACROMIOPLASTIA - PROCED VIDEOARTROSCOPICO OMBRO	1	1
16	30735017	SINOVECTOMIA TOTAL - VIDEOARTROSC DE OMBRO	1	1

**Dados de Autorização**

39 - Data Provável da Admissão Hospitalar 16/07/2016		40 - Qtde. Diárias Autorizadas 1		41 - Tipo de Acomodação Autorizada ENFERMARIA	
42 - Código na Operadora / CNPJ autorizado		43 - Nome do Hospital / Local Autorizado		44 - Código CNES	

45 - Assinatura do Profissional Solicitante  
46 - Assinatura do Profissional Solicitante  
47 - Assinatura do Profissional Solicitante  
48 - Assinatura do Profissional Solicitante  
49 - Assinatura do Responsável pela Autorização







2-Nº 000277250

1-Registro ANS		6-Data de Emissão da Guia	
005711			
Dados do Beneficiário		8-Plano	
7-Número de Carteira			
71211819100121010101111			
10-Nome			
DEMETRIUS TRANJANO SILVA			
Dados do Contratado Solicitante		13-Nome do Contratado	
12-Código na Operadora / CNPJ / CPF			
71211819100121010101111			
16-Conselho Profissional		17-Número do Conselho	
CRM		11619	
18-UF		PE	
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação		21-Nome do Prestador	
22-Local de Internação		H. ESPERANCA	
23-Tipo de Internação		24-Regime de Internação	
E - Eletiva U - Urgência / Emergência		1 - Clínica 2 - Cirúrgica 3 - Obstétrica 4 - Pediátrica 5 - Psiquiátrica	
E		1 - Hospitalar 2 - Hospitalar-dia 3 - Domiciliar	
25-Qtd. Diárias Solicitadas			
0 2 D			
26-Indicação Clínica			
PACIENTE COM DOR, EDEMA E CREPTACAO DO OMBRO DIR POR TRAUMA HA 01 MES			
EX- NEER + , JOB + , PAT- OBREIN +			
HD- SINOVITE + LESAO SLAP + IMPACTO + LESAO DO MANGUITO DO OMBRO DIR			
Hipóteses Diagnósticas			
27-Tipo Doença		28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente	
C - Aguda C - Crônica		A - Anos M - Meses D - Dias	
C		0 1 A	
30-CID 10 Principal			
M 2 9 5			
Procedimentos Solicitados			
35-Código do Procedimento		36-Descrição	
30733017		SINOVECTOMIA	
30735033		ACROMIOPLASTIA	
30735041		TT DE LESAO LABRAL	
30735068		TT DE LESAO DO MANGUITO DIR	
37-Qtd. Solic		38-Qtd. Au	
OPM Solicitadas			
39-Label		40-Código do OPM	
41-Data de Autorização		42-Data de Emissão da Guia	
43-Data de Autorização		44-Data de Emissão da Guia	
Dados da Autorização		46-Qtd. Diárias Autorizadas	
45-Data Provável da Admissão Hospitalar		101	
47-Tipo de Acomodação Autorizada		Oht. 14 Acamp.	
48-Código na Operadora / CNPJ		49-Nome do Prestador autorizado	
B2361611		Hospital Esperança	
50-Código ANS			
51-Data de Autorização			
52-Médico Solicitante		53-Data de Autorização	
Data			
Assinatura		Assinatura	
DILAMAR PINTO		DILAMAR PINTO	
CRM 116191		CRM 116191	
54-Data de Autorização		55-Data de Emissão da Guia	
56-Data de Autorização		57-Data de Emissão da Guia	
58-Data de Autorização		59-Data de Emissão da Guia	
60-Data de Autorização		61-Data de Emissão da Guia	
62-Data de Autorização		63-Data de Emissão da Guia	
64-Data de Autorização		65-Data de Emissão da Guia	
66-Data de Autorização		67-Data de Emissão da Guia	
68-Data de Autorização		69-Data de Emissão da Guia	
70-Data de Autorização		71-Data de Emissão da Guia	
72-Data de Autorização		73-Data de Emissão da Guia	
74-Data de Autorização		75-Data de Emissão da Guia	
76-Data de Autorização		77-Data de Emissão da Guia	
78-Data de Autorização		79-Data de Emissão da Guia	
80-Data de Autorização		81-Data de Emissão da Guia	
82-Data de Autorização		83-Data de Emissão da Guia	
84-Data de Autorização		85-Data de Emissão da Guia	
86-Data de Autorização		87-Data de Emissão da Guia	
88-Data de Autorização		89-Data de Emissão da Guia	
90-Data de Autorização		91-Data de Emissão da Guia	
92-Data de Autorização		93-Data de Emissão da Guia	
94-Data de Autorização		95-Data de Emissão da Guia	
96-Data de Autorização		97-Data de Emissão da Guia	
98-Data de Autorização		99-Data de Emissão da Guia	
100-Data de Autorização		101-Data de Emissão da Guia	






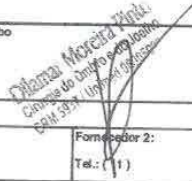
2-Nº 000277250

1-Registro ANS <b>005711</b>		3-Data de Autorização	4-Senha	5-Data Validade da Senha	6-Data de Emissão da Guia
Dados do Beneficiário		8-Plano		9-Validade da Carteira	
7-Número da Carteira					
10-Nome <b>DEMETRIUS TRANJANO SILVA</b>		11-Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado Solicitante		13-Nome do Contratado		14-Código CNES	
12-Código na Operadora / CNPJ / CPF					
15-Nome do Profissional Solicitante <b>DILAMAR MOREIRA PINTO</b>		16-Conselho Profissional <b>CRM</b>	17-Número do Conselho <b>11619</b>	18-UF <b>PE</b>	19-Código CBO5
Dados do Contratado Solicitado / Dados da Internação		21-Nome do Prestador			
20-Código na Operadora / CNPJ					
22-Caráter de Internação <b>E</b> E - Eletiva U - Urgência / Emergência		23-Tipo de Internação <b>2</b> 1-Clinica 2-Cirúrgica 3-Obstétrica 4-Pediátrica 5-Psiquiátrica			
24-Regime de Internação <b>1</b> 1-Hospitalar 2-Hospitalar-dia 3-Domiciliar		25 - Qtde. Diárias Solicitadas <b>0   2   D</b>			
26-Indicação Clínica <b>PACIENTE COM DOR, EDEMA E CREPTACAO DO OMBRO DIR POR TRAUMA HA 01MES EX- NEER + , JOB + , PAT- OBREIN + HD- SINOVITE + LESAO SLAP + IMPACTO + LESAO DO MANGUITO DO OMBRO DIR</b>					
Hipóteses Diagnósticas					
27-Tipo Doença <b>C</b> Aguda C - Crônica		28-Tempo de Doença Referida pelo Paciente <b>0</b> A-Anos M-Meses D-Dias		29-Indicação de Acidente <b>0</b> Acidente ou doença relacionada ao Trabalho 1-Trânsito 2-Outros	
30-CID 10 Principal <b>M 2 5 5</b>		31-CID 10 (2)		32-CID 10 (3)	
				33-CID 10 (4)	
Procedimentos Solicitados					
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição			37-Qtde. Solic
1	30733017	SINOVECTOMIA			
2	30735033	ACROMIOPLASTIA			
3	30735041	TT DE LESAO LABRAL			
4	30735068	TT DE LESAO DO MANGUITO DIR			
5					
OPM Solicitados					
39-Tabela	40-Código do OPM	41-Descrição OPM	42-Qtde.	43-Fabricante	44-Valor Unitário - R\$
1					
2					
3					
4					
5					
Dados da Autorização					
45-Data Provável de Admissão Hospitalar		46-Qtde. Diárias Autorizadas		47-Tipo de Acomodação Autorizada	
48-Código na Operadora / CNPJ		49-Nome do Prestador autorizado		50-Código CNES	
51-Observação					
52-Médico Solicitante Data		53-Beneficiário ou Responsável Data		54-Responsável pela Autorização Data	
Assinatura <b>DILAMAR PINTO</b> <b>CRM 11619/5032</b>		Assinatura		Assinatura	

COD. MAT. 72.038-0

NOV./2006



NÚMERO SOLICITAÇÃO: 30/03/16		SOLICITANTE: DILAMAR PINTO		CÓDIGO DO REFERENCIADO:	
		AUTORIZAÇÃO - MATERIAIS ESPECIAIS FAX (0XX21)2503-5874			
Senha:		Data do Evento:		Número de identificação do segurado (paciente)	
CPF do segurado					
Nome do segurado (paciente): DEMETRIUS TRANJANO SILVA				Sexo: Masc. Fem.	
Hospital/Clinica: ESPERANCA		Código de referenciamento do Hospital/Clinica:		Telefone do Hospital/Clinica:	
Descrição do(s) procedimento(s):				Código Procedimento Bradesco	
SINOVECTOMIA				30735017	
ACHROMIPLASTIA				30735033	
TT DE LESAO LABRAL + TT DO MANGUITO				30735041 + 30735068	
Discriminação dos Materiais					
ITEM	QUANTIDADE	MARCA	FORNECEDOR	ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL	
1	01		ORTHOSERV	BOMBA INFUSAO	
2	02		ORTHOSERV	SHAVER	
3	01		ORTHOSERV	RADIOFREQUENCIA	
4	05		ORTHOSERV	ANCORAS	
5	03		ORTHOSERV	CANULAS	
6	02		ORTHOSERV	FIOS GUIA	
7	01		ORTHOSERV	SCORPION	
8					
9					
10					
Médico Cirurgião - Assinatura e carimbo					
			TELEFONE:		
CRM:			FAX:		
FORNECEDOR 1:			E-mail:		
Tel.: (11)		Fornecedor 2:		Fornecedor 3:	
Tel.: (11)		Tel.: (11)		Tel.: (11)	
NOTA FISCAL:			LOCAL DO PAGAMENTO:		
Uso BRADESCO SAÚDE					
A) AUTORIZADO		B) PENDÊNCIA		C) NÃO AUTORIZADO	
<input type="checkbox"/> Pagamento hospital - cobrar em conta <input type="checkbox"/> Pagamento fornecedor <input type="checkbox"/> Cobertura somente por Reembolso <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Especificação completa do material <input type="checkbox"/> Nome do fabricante/fornecedor <input type="checkbox"/> Aguardando resposta do fornecedor <input type="checkbox"/> Preencher campo(s) assinalado(s) <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Sem cobertura contratual <input type="checkbox"/> Sem registro no Ministério da Saúde <input type="checkbox"/> Não necessita autorização	
PROJETO DE OPME					



Cid 1: LESOES DO OMBRO - M75

Cid 2:

Cid 3:

**Historico da Doenca Atual - Queixa / Exame Fisico**

dorno ombro dir apos esfroco queix atb de dor volar no antebraço dir

solusg antebraço

consulta com dilamar que iooperou em 3 dias

atesto hoje paco

**Diagnostico****Laudos do Raio - X****Procedimentos**

MURILO NOGUEIRA LIMA CRM: 13089

BRAVO SISTEMAS - VERSÃO CLÍNICAS - [www.sistemabravo.com.br](http://www.sistemabravo.com.br)



**HOPE** **ESPECIAL**  
DEMETRIUS TRAJANO SILVA

Nasc: 20/06/1973 - 43a1m26d  
Reg: 1186944 - Pront: 000331475  
BRADESCO SAUDE/T - Sexo: M  
Entrada: 16/08/2016 - Hora: 08:34  
Matricula: 772489001201007  
N.Soc:



Leito: 218-B

**RELATÓRIO DE CIRURGIA**

NOME	DEMETRIUS TRAJANO SILVA						REGISTRO	1186944
DATA DA CIRURGIA	16.08.16	INICIO	18H	TÉRMINO	19:20	LEITO	218-B	
CIRURGIÃO	DILAMAR PINTO		1AUXILIAR		SILVIA CAVADINHA			
2 AUXILIAR	ALVARO COSTA	3 AUXILIAR			INSTRUMENTADOR	Ana Flávia		
ANESTESISTA	Dra SILVANA							
BRADESCO								
DIAGNOSTICO PRÉ OPERATORIO	LESÃO DO MANGUITO ROTADOR DO OMBRO DIR. + SIND DE IMPACTO+ARTROSE ACROMIOCLAVICULAR + LUXAÇÃO DO CLB							
DIAGNOSTICO PÓS OPERATORIO	LESÃO DO MANGUITO ROTADOR DO OMBRO DIR. + SIND DE IMPACTO+ARTROSE ACROMIOCLAVICULAR + LUXAÇÃO DO CLB							
CIRURGIA PROPOSTA	REPARO DO MANGUITO ROTADOR + ACROMIOPLASTIA + SINOVECTOMIA + DESBRIDAMENTO + TENOTOMIA DO CLB + TENODESE DO CLB							
CIRURGIA REALIZADA	REPARO DO MANGUITO ROTADOR + ACROMIOPLASTIA + SINOVECTOMIA + DESBRIDAMENTO + TENOTOMIA DO CLB + TENODESE DO CLB							
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	Não houve							
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	Não houve							
MATERIAL ESPECIAL	02 canulas de infusão + 01 equipo de bomba + 01 ponteira de radiofrequencia + 02 laminas de shavers. + 01 dispositivo de fixação pushlock + 01 âncora corkscrew + 03 fios fiber wire							
DESCRIÇÃO								

1. PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA + TRAÇÃO LONGITUDINAL.
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA + COLAR CERVICAL.
3. INCISÃO DE PORTAL POSTERIOR PARA ASTROSCOPIA.
4. COLOCAÇÃO DE 02 CANULAS DESCARTAVEIS + IRRIGAÇÃO ARTICULAR COM SORO FISIOLÓGICO EM BOMBA DE INFUSÃO
5. INTRODUÇÃO DE ARTROSCÓPIO COM VISUALIZAÇÃO DE SINOVITE EXTENSA. LESÃO DO MANGUITO ROTADOR ( SUPRAESPINAL MICRORRUPATURAS, REAVIVAMENTO) + LUXAÇÃO DO CLB
6. ABORDAGEM SUBACROMIAL E SINOVECTOMIA C/ SHAVER SINOVECTOR E RADIOFREQUENCIA.
7. OBSERVADO DA RUPTURA DO MANGUITO = SUPRAESPINAL, DESBRIDAMENTO APOS CRUENTIZAÇÃO COM RADIOFREQUENCIA.
8. TENOTOMIA + TENODESE DO CLB EM SUBESCAPULAR COM DISPOSITIVO PUSHLOCK
9. REPARO DO MANGUITO ROTADOR COM ÂNCORA CORKSCREW 5.0
10. RESSECÇÃO PARCIAL DO LIGAMENTO CORACOACROMIAL + ACROMIOPLASTIA COM LAMINA ACROMONIZER.
11. SUTURA DOS PORTAIS COM FIO MONO NYLON 3.0
12. CURATIVO OCLUSIVO + TIPOIA DE ABDUÇÃO.

Artur Felipe de Barros Costa  
Ortopedia / Traumatologia  
CREMEPE 18426  
Artur Felipe  
Ortopedia  
CREH



### RELATÓRIO DE CIRURGIA

DEMETRIUS TRAJANO SILVA

Nasc: 20/06/1973 - 43a1m26d  
Reg: 1186944 - Pront: 000331475  
BRADESCO SAUDE/T - Sexo: M  
Entrada: 16/08/2016 - Hora: 08:34  
Matricula: 772489001201007  
N. Soc:



Leito: 218-B

NOME	DEMETRIUS TRAJANO SILVA						REGISTRO	1186944
DATA DA CIRURGIA	16.08.16	INICIO	18H	TÉRMINO	19:20	LEITO	218-B	
CIRURGIÃO	DILAMAR PINTO	1AUXILIAR			SILVIA CAVADINHA			
2AUXILIAR	ALVARO COSTA	3AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			Ana Flávia		
ANESTESISTA	Dra SILVANA							
BRADESCO								
DIAGNOSTICO PRÉ OPERATORIO	LESÃO DO MANGUITO ROTADOR DO OMBRO DIR. + SIND DE IMPACTO+ARTROSE ACROMIOCLAVICULAR + LUXAÇÃO DO CLB							
DIAGNOSTICO PÓS OPERATORIO	LESÃO DO MANGUITO ROTADOR DO OMBRO DIR. + SIND DE IMPACTO+ARTROSE ACROMIOCLAVICULAR + LUXAÇÃO DO CLB							
CIRURGIA PROPOSTA	REPARO DO MANGUITO ROTADOR + ACROMIOPLASTIA + SINOVECTOMIA + DESBRIDAMENTO + TENOTOMIA DO CLB + TENODESE DO CLB							
CIRURGIA REALIZADA	REPARO DO MANGUITO ROTADOR + ACROMIOPLASTIA + SINOVECTOMIA + DESBRIDAMENTO + TENOTOMIA DO CLB + TENODESE DO CLB							
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	Não houve							
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	Não houve							
MATERIAL ESPECIAL	02 canulas de infusão + 01 equipo de bomba + 01 ponteira de radiofrequencia + 02 laminas de shavers. + 01 dispositivo de fixação pushlock + 01 âncora corkscrew + 03 fios fiber wire							
DESCRIÇÃO								

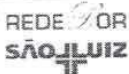

1. PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA + TRAÇÃO LONGITUDINAL
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA + COLAR CERVICAL.
3. INCISÃO DE PORTAL POSTERIOR PARA ASTROSCOPIA.
4. COLOCAÇÃO DE 02 CANULAS DESCARTAVEIS + IRRIGAÇÃO ARTICULAR COM SORO FISIOLÓGICO EM BOMBA DE INFUSÃO
5. INTRODUÇÃO DE ARTROSCÓPIO COM VISUALIZAÇÃO DE SINOVITE EXTENSA, LESÃO DO MANGUITO ROTADOR ( SUPRAESPINHAL MICRORRUPATURAS, REAVIVAMENTO) + LUXAÇÃO DO CLB
6. ABORDAGEM SUBACROMIAL E SINOVECTOMIA C/ SHAVER SINOVECTOR E RADIOFREQUENCIA.
7. OBSERVADO DA RUPTURA DO MANGUITO = SUPRAESPINHAL, DESBRIDAMENTO APOS CRUENTIZAÇÃO COM RADIOFREQUENCIA.
8. TENOTOMIA + TENODESE DO CLB EM SUBESCAPULAR COM DISPOSITIVO PUSHLOCK
9. REPARO DO MANGUITO ROTADOR COM ÂNCORA CORKSCREW 3.0
10. RESSECÇÃO PARCIAL DO LIGAMENTO CORACOACROMIAL + ACROMIOPLASTIA COM LAMINA ACROMONIZER.
11. SUTURA DOS PORTAIS COM FIO MONO NYLON 3.0
12. CURATIVO OCLUSIVO + TIPOIA DE ABDUÇÃO.

Artur Felipe de Barros Costa  
Ortopedia / Traumatologia  
30/08/16  
Dr. Dilamar M. Pinto  
Cirurgião de Joelho e Ombro  
243620

Artur Felipe de Barros Costa  
Ortopedia / Traumatologia  
30/08/16





	FORMULÁRIO/ INSTITUCIONAL					 ESPERANÇA
	Elaboração 06/11/2014	Efetivação 28/04/2016	Código: HESP.INS.FOR.54	Versão: 01	Página 1/2	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM						

NOME	DEMETRIUS TRAJANO SILVA
DATA	Nasc: 20/06/1973 - 43a1m27d
REGISTRO	Reg: 1186944 - Pront: 000331475
LEITO	BRÁDESCO SAÚDE/T - Sexo: M
DIAGNÓSTICO	Entrada: 16/08/2016 - Hora: 08:34
	Matricula: 772489001201007
	N. Soc:
	Leito: 218-B

RISCO DE LESÃO DE PELE ASSOCIADO À DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE NO LEITO EVIDENCIADO PELO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN													
CD:	<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3h <table border="1"> <tr> <td>08</td><td>11</td><td>14</td><td>17</td><td>20</td><td>23</td><td>02</td><td>05</td><td>08</td><td>11</td><td>14</td><td>17</td> </tr> </table>	08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17
08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17		
RISCO DE ITU EM PACIENTES COM IRC, OLIGÚRICOS													
CD:	<input type="checkbox"/> SVA 3 X SEMANA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.												
RISCO DE FLEBITE ASSOCIADO AO USO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E/OU UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA, EVIDENCIANDO POR SINAIS FLOGÍSTICOS ESCALA DE MADOX.													
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> TROCA DE AVP A CADA 72h INT <u>  /  </u> TROCA <u>19/08</u> <input checked="" type="checkbox"/> TROCA DE EQUIPO A CADA 72h. <input checked="" type="checkbox"/> VIGILÂNCIA DO SÍTIO DE PUNÇÃO.												
RISCO DE SANGRAMENTO / HEMORRAGIA RELACIONADO A:													
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM). <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: <u>DR DIO SIMONE YOUNG OLIVEIRA (D)</u> <input type="checkbox"/> MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h. <input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.												
RISCO PARA DISFUNÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA													
	<input type="checkbox"/> CLORETO DE POTÁSSIO. <input type="checkbox"/> CLORETO DE SÓDIO 20%. <input type="checkbox"/> SULFATO DE MAGNÉSIO 50%. <input type="checkbox"/> ADRENALINA.												
CD:	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA DE FC/PA. <input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).												
RISCO DE HIPOGLEMIA / HIPERGLICEMIA /COMA RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM.													
CD:	<input type="checkbox"/> INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO. <input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.												
RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO À GAVAGEM DE DIETA POR SNE/GTT/DÍSFAGIA/IDADE ACIMA DE 65 ANOS/OUTROS:													
CD:	<input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA A 45° 07h - 19h 19h - 07h <input type="checkbox"/> ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N. <input type="checkbox"/> MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE. <input type="checkbox"/> MANTER O USO DE PERÍOGARD EM PACIENTE TQT.												

