



11/09/2020

Número: **0030315-76.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
GILMAR JOSE DO NASCIMENTO (AUTOR)			GISELLE VALENCA DE MEDEIROS (ADVOGADO)
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67845294	11/09/2020 16:36	ANEXO 1	Outros (Documento)



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 pelvis esquerda
fratura fechada de platô tibial (E)
(Atropelamento)

Tratamento realizado:

fechura 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 Souta
Diretor de Saúde
CEL. 0000

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 Cadea pelo Lei 10.438/2002
Companhia Energética de Pernambuco
Rua João de Barros, 411, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51095-002
CNPJ 10.955.920/0001-04; Ins. Est. 0305643-4 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSEFA MARIA CRISTOVAO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA IRVIA GERTRULDES DE ALENCAR 57

CPF: 593.522.794-20

SULTRINS/OLINDA
OLINDA-PE
53240-290

CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

30/05/2019 10/04/2019
10/04/2019 20/04/2019 20/04/2019

	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	146,000000	0,77338932	112,9
Contrib. Imp. Pública Municipal			9,8
ICMS Subvenção-CDE-NF 04325805-1-01/19			1,2
ICMS Subvenção-CDE-NF 053381438-1-02/19			1,7
Multa por atraso-NF 050081438-1-10/07/19			1,06
Juros por atraso-NF 060081438-1-11/07/19			0,05
Atualização IGPW-NF 050081438-1-11/07/19			0,36

TOTAL DA FATURA

126,2

PERÍODO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DEBITO	CREDITO	DEBITO	CREDITO	DEBITO	CREDITO
12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019

PERÍODO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DEBITO	CREDITO	DEBITO	CREDITO	DEBITO	CREDITO
12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019

17 MAR 2019
Gente Seguradora S/A

PERÍODO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DEBITO	CREDITO	DEBITO	CREDITO	DEBITO	CREDITO
12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019

PERÍODO	DATA	ANTERIOR	ATUAL	DEBITO	CREDITO	DEBITO	CREDITO	DEBITO	CREDITO
12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019	12/03/2019

126,29



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 447912

Usuário: DARLIANESI

DADOS DO PACIENTE

Paciente: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO		Prontuário: 119143	
Idade: 42a 5m 21d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 31/5/1976
Profissão:			
R.G.: 5147398	C.P.F.: 07010050414	Telefone: 987023753	CEP: 53320520
Endereço: RUA IRMA GERTRUDES DE ALNECAR, 57		ALTO DA NAÇÃO OLINDA - PE	
Dados da Internação			
Origem: URGÊNCIA/EMERGÊNCIA		Data e Hora da Internação: 8/10/2018 19:40	
Convênio: SUS - INTERNACAO		Plano: GERAL	
Unidade Internação: 5 AND - ORTOPEDIA I		Acomodação: ENFERMARIA 4 LEITOS	
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA		Leito: ORYL-512-LEITO 004	

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
 cargo:	 Número:	
fone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 18/10/18	Hora da Alta: 10:45
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: Melhorado	
Diagnóstico Principal.....: Fratura de Ulna e Rádio do Antebraço Direito	
Diagnóstico Secundário01.: TVP	
Diagnóstico Secundário02.: Síndrome Medial, Fratura do Ulna e Rádio do Antebraço Direito	
Exame de Admissão.....: 08/10/18 - Laboratório de Hematologia e Hematologia Clínica	
21/10/18 - Presença de hematomas e edema no antebraço direito, com dor à palpação e limitação de movimento. Exames de sangue e urina dentro da normalidade.	
31/10/18 - 09/11/18 - Evolução satisfatória da recuperação, com redução da edema e dor, permitindo a mobilização ativa do membro superior direito.	
22/11/18 - Limpeza cirúrgica do ferimento, com drenagem e curativo.	
- Ulna direita e raio do antebraço direito em gesso.	
Responsável pela retirada do paciente: Assinatura e RG:	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

17 MAIO 2018

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, quimioterapia, 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.

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NAME: Adrian, Jose : Not known

REG: 119,43

CLINICAL: unilateral exotropia

ENFERMAGEM: 1201

LEITQ:

[illegible]

temperatures: 20°C

⑤ the navigator.

Alto de C. Carlos de Com.
da C. 2.ª de Com.

8) Monte Overmunt

e/ utopiedu



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
15/05/18	MD: Fm de plave hial. E. + Fr. anel. E. + TVD Em uso de insulina E. + TVD 3L estôm. + 1L intest. P.O. consistente e bem tolerada. apêndice agudo? M.E. ADPI. 12 quadros posponados, tal como normal. FO + 12 quadros, bom aspecto pênis e uretra pedículo presente CD: Manuseio articular, laçada, plena In. premanência uretra. Sólido acima lab.
20/05/18	MD: Dr. Miguel Paciente com exames sem alterações no fígado. Res. articular consequente fígado ALTERAR M.E. - 4am de líquido sem alterações. Tem urina normal FO onde sem alteração. CD: Manuseio articular In. fígado, 12 quadros, 2L a 2L no 2Lh
17 MAIO 2018	DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO OPVAT CONTINUAÇÃO DO EXAME Gente Logística S/A. Av. São Barbosa, nº 115 - Loja 5 Cidade de Recife - PE 51031-010

Dr. Samuel Alves
Médico e Radiologista
CRMPE 26.555

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

Página.: 0001

Data.: 08/10/2018

Hora.: 22:38

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

ABDOMEN AGUDO

Cid Pós-Operatório : R100

ABDOMEN AGUDO

Procedimentos

Procedimento : 0407030123

ESPLENECTOMIA (PRINCIPAL)

Convênio : 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia : 28

GERAL ENDOVENOSA PURA

Equipe Médica

CIRURGIÃO

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

ASSEPÇÃO E ANTI-SEPSIA COM PVP

2) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

4) INCISÃO MEDIANA XIFO-PUMBANA - ABERTURA POR PLANOS

5) AGACHADOS:

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

B. LESÃO GRAU III DE BAÇO.

6) REALIZADA DISSECÇÃO ROMBA DE LIGAMENTOS ESPLÊNICOS COM COLON, DIAFRAGMA. FEITO ISOLAMENTO E CLAMPEAMENTO DE HÍLO ESPLÊNICO E LIGAMENTO GASTRO-ESPLÊNICO, COM PINÇAS HEMOSTÁTICAS FORTES E POSTERIOR LIGADURAS COM ALGODÃO Q.

7) TOALETE CAVITÁRIA

8) REVISÃO DE HEMOSTASIA

9) COTAGEM DE COMPRESSAS

10) FECHAMENTO POR PLANOS COM VYCRIL 0

11) SUTURA DA PELLE COM NYLON 4.0

12) CURATIVO

13) ENVIO MATERIAL PARA HISTOPATOLÓGICO.

Dr. Gustavo Charamba
Cirurgia Geral
CRM-PE: 21271**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**21271
GUSTAVO H. CHARAMBA DUTRA DE ARRUDA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



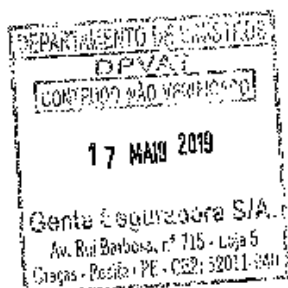


HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0002
Data.: 08/10/201
Hora.: 22:38

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

Dr. Gustavo Charamba
Cirurgia Geral
CRM: 21271



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES, DE ALENCAR



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

Página.: 0001

Data.: 08/10/2018

Hora.: 22:38

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 52252

Paciente : 119143

Convênio Atend. : 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 22:35

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

Equipe Médica

Cirurgião

21271 GUSTAVO H. CHARAMBA DUTRA DE ARRUDA

Descrição Cirúrgica**DESCRIÇÃO OPERATÓRIA**

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

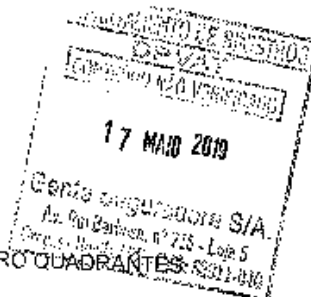
ANESTESISTA: DR LEONARDO AVELAR

ANESTESIA: GERAL

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA: NÃO HOUE

DESCRIÇÃO:

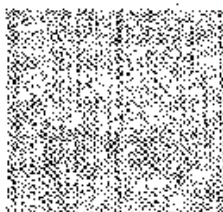
- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
- 2) ASEPSIA E ANTI-SEPSIA COM PVPI
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
- 4) INCISÃO MEDIANA XIFÓ-PUBIANA + ABERTURA POR PLANOS
- 5) ACHADOS:
 - A. GRANDE QUANTIDADE DE GANQUE E COÁGULOS NOS QUATRO QUADRANTES
 - B. LESÃO GRAU III DE BAÇO.
- 6) 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 D.
- 7) TOILETE CAVITÁRIA
- 8) REVISÃO DE HEMOSTASIA
- 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 METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÃES DE ALENÇAR





HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 200C - 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 ARRUE
CRM : 21271

Gustavo Charamba
Cirurgia Geral
CRM-PE-21271



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL-ARRAES DE ALENÇAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: _____ REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
18/04/18	AD: Fx de platis tioral E + Fx anelada em base do seio e + TVD. Tet. estável, el. quebras EOP, conservando a estrutura, aparelho apical MDE: Adm de quibol preservada, tal. com inclinação. R2 n. globo, bem exposto placas ciliadas, pedras presentes CD: Manutenção cateterização, plena de programação iniciada. Sólido, acentuado lab.
20/04/18	AD: Fx de platis tioral E + Fx anelada em base do seio e + TVD. Tet. estável, el. quebras EOP, conservando a estrutura, aparelho apical MDE: Adm de quibol preservada, tal. com inclinação. R2 n. globo, bem exposto placas ciliadas, pedras presentes CD: Manutenção cateterização, plena de programação iniciada. Sólido, acentuado lab.
09/05	AD: Fx de platis tioral E + Fx anelada em base do seio e + TVD. Tet. estável, el. quebras EOP, conservando a estrutura, aparelho apical MDE: Adm de quibol preservada, tal. com inclinação. R2 n. globo, bem exposto placas ciliadas, pedras presentes CD: Manutenção cateterização, plena de programação iniciada. Sólido, acentuado lab.
17 MAIO 2019	AD: Fx de platis tioral E + Fx anelada em base do seio e + TVD. Tet. estável, el. quebras EOP, conservando a estrutura, aparelho apical MDE: Adm de quibol preservada, tal. com inclinação. R2 n. globo, bem exposto placas ciliadas, pedras presentes CD: Manutenção cateterização, plena de programação iniciada. Sólido, acentuado lab.

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
17 MAIO 2019
Série de Registro SIA
Av. Rio Barbosa, nº 725 - Loja 5
Cidade de Recife - PE - 51140-000

Dr. Ricardo Almeida
Especialista em Medicina
CRM 26.553

Aviso de Cirurgia : 52282 Sala : 0004 SALA 04
Paciente : 110143 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Atendimento : 447912
Leito : 228 VERMELHO - LEITO 001 Carteira :
Dt. Início : 08/10/2018 21:10 Dt. Fim : 08/10/2018 22:35 Idade : 42 Anos 8 Dias 22 Horas
Cid Pré-Operatório : R130 ABDOME AGUDO
Cid Pós-Operatório : R100 ABDOME AGUDO

Procedimento: 0407030123 ESPLENECTOMIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 26 GERAL ENDOVENOSA PURA

CIRURGIAO 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 CAJADO

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: ROSEMARY

ANESTESISTA: DR LEONARDO AVELAR

ANESTESIA: GERAL

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA: NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO:

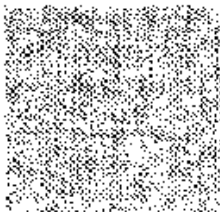
- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA GERAL
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA COM PVP
- 2) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
- 3) INCISÃO MEDIANA XÍFO-PUBIANA - ABERTURA POR PLANOS
- 4) ACHADOS:
 - A. GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE E COÁGULOS NOS QUATRO QUADRANTES.
 - B. LESÃO GRAU III DE BAÇO.
- 5) 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.
- 6) TOALITE CAVITÁRIA
- 7) REVISÃO DE HEMOSTÁSIA
- 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.

Dr. Gustavo Charamba
Cirurgião Geral
CRM-PE: 21271

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÃES DE ALENCAR

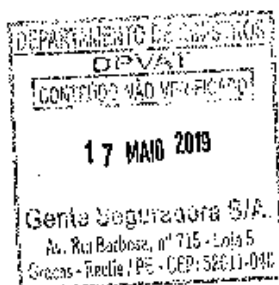


HOSPITAL MIGUEL ARRAES
IMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0002
Data.....: 08/10/2018
Hora.....: 22:38

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

Dr. Gustavo Charamba
Cirurgia Geral
CRM/PE: 21271



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Relatório de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 52523 Sala: 0004 SALA C4
Paciente: 119143 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNACAO Atendimento: 447912
Leito: 189 ISOLAMENTO Carteira:
Dt. Inicio: 21/10/2018 18:14 Dt. Fim: 21/10/2018 19:05 Idade: 42 Anos 21 Dias 20 Horas
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

Exame Médico

Exame Físico

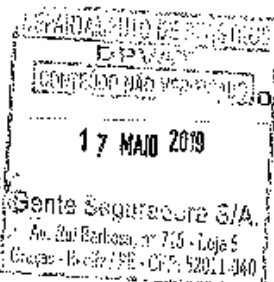
Descrição Cirúrgica:

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 + ANTISSEPISIA
 3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 4. INCISÃO DE 7 CM A NÍVEL DO JOELHO ESQUERDO, DILATÇÃO POR PLANOS ANATÔMICOS, 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
LAVAGEM COM SF 0,9% 3.000ML
SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM VICRYL 1 E DA PELE COM NYLON 2-0
- CURATIVO

Achados Cirúrgicos:



Descrição Complementar

Handwritten signature and stamp of the surgeon, DR. LUIZ CARVALHO.

DR(A):

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRARES DE ALENCAR



Aviso de Cirurgia : 52099 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 112143 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNACAO Atendimento : 447912
Leito : 552 ISOL-001 Carteira :
Dt. Inicio : 31/10/2018 17:54 Dt. Fim : 31/10/2018 18:36 Idade : 42 Anos 18 Horas
Cid Pré-Operatório : T810 HEMORRAGIA E HEMATOMA COMPLICANDO PROCEDIMENTO NAO CLASSIFICADO EM OUTR.
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUIANESTESIA

Cirurgião 19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: HEMATOMA INFECTADO EM JOELHO ESQUERDO
INTERVENÇÃO: DRENAGEM CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO CIRURGICO + 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 PURULENTE
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

Achados Cirúrgicos:



Descrição Complementar

Dr. Antonio Queiroz
Frente
Frente
Dr. Antonio Queiroz

30305 - INTERNACAO



1890564918-05

31/10/2018 14:48:27

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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

Página.: 0001

Data.: 09/11/2018

Hora.: 16:21

Aviso de Cirurgia : 52847

Paciente : 119143

Convênio Aend. : 1

Leito : 48

Dt. Início : 09/11/2018 16:31

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0002

SALA 02

GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

CG1F-412-LEITO 004

Dt. Fim : 09/11/2018 17:28

Atendimento : 447812

Carteira :

Idade : 42 Anos 9 Dias 16 Horas

Plano Cirúrgico

Procedimento: 0415040036

Convênio: 001

Anestesia: 05

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

Exame Médico

Cirurgião

17186 ITALO JOSE FERNANDES DE GALIZA

Descrição**Descrição Cirúrgica**

DIAGNÓSTICO: INFECÇÃO DE FERIDA OPERATORIA EM JOELHO ESQUERDO APOS OSTEOSSINTESE DE PLANALTO

CIRURGIA: LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRURGICO + CULTURA

CIRURGIÃO: DR ITALO GALIZA

1º AUXÍLIO: DR HUDYSON

2º AUXÍLIO: DR SAMUEL

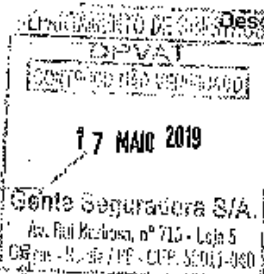
ANESTESISTA: DRA JAMILE

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DE MIE;
3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
4. FEITA ABERTURA DE FO EM REGIÃO LATERAL DO JOELHO ESQUERDO, VISUALIZADO SAIDA DE SECREÇÃO PURULENTA
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**HOSPITAL MIGUEL ARRAES
380005 - ITAIPORANGA

1891978748-02

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
CRP nº 11.636.048/4 - CEP: 50.011-900DR(A) : ITALO JOSE FERNANDES DE GALIZA
CRM : 17186

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 52985 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 119143 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

URGIAO 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 ANTISSEPSE 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 PURULENTO
6. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
7. COLHIDO MATERIAL PARA CULTURA
8. APOSIÇÃO DRENO DE PENROSE
9. SUTURA POR PLANOS COM NYLON 3-0
10. CURATIVO ESTÉRIL

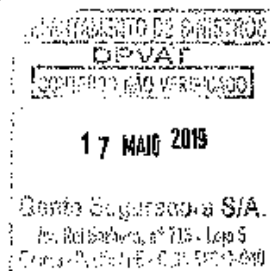
Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

João Bosco A. C. Neto
Cirurgião Assistente
CRM: 25019

Dr. Crystian Pedrosa Ferreira
CRM: 14313

DR(A) : CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA
CRM : 14313



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Aviso de Cirurgia : 58089

Paciente : 119143

Convênio Atend. : 1

Leito : 78

Dt. Início : 22/11/2018 09:38

Cid Pré-Operatório : 5821

Cid Pós-Operatório : 5821

Sala : 0004 SALA 04

GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

SUS - INTERNACAO

ORTI-512-LEITO 004

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

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Atendimento : 447812

Carteira :

Idade : 42 Anos 22 Dias 11 Horas

Procedimento : 0408060361

Convênio : 001

Anestesia : D6

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

URGIAO

14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: INFECÇÃO 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

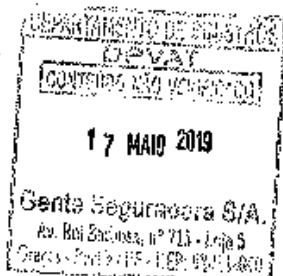
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MIELO
 3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 4. INCISÃO PELA VIA PREVIA, RETIRADA DE PONTOS. VISUALIZADA POUCA QUANTIDADE DE SECREÇÃO SEROHEMÁTICA, SEM SECREÇÃO PURULENTA;
 5. LIMPEZA COM SF 0,9 % 5000 ML;
 6. COLETA DE MATERIAL PARA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

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

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

DR(A) : CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA
CRM : 14313



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÃES DE ALENCAR



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

Página.: 0001
Data.: 22/12/2018
Hora.: 14:13

Aviso de Cirurgia : 53813 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 119143 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO Atendimento : 447912
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 66 ORTL-310-LEITO 002 Idade : 42 Anos 22 Dias 14 Horas
Dt. Inicio : 22/12/2018 12:34 Dt. Fim : 22/12/2018 13:53
Cid Pré-Operatório : T848 OUTRAS COMPLICAÇÕES DE DISPOSITIVOS PROTETICOS, IMPLANTES E ENXERTOS ORTC
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0403060379 RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUIANESTESIA

CIRURGIAO 14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA

Descrição Cirúrgica

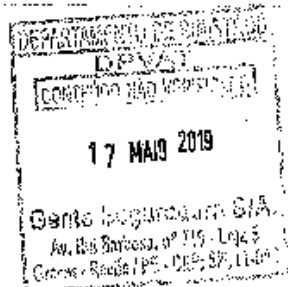
DIAGNÓSTICO: INFECÇÃO NOS OSS DE PLATO TIBIAL ESQUERDO
INTERVENÇÃO: RMS + LC + DC
OPERADOR: DR. CRYSTIAN PEDROSA
1º AUXILIAR: DR. IAN
ANESTESISTA: DRA. CONCEIÇÃO
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA DE MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO LATERAL EM TÍBIA 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 CIRÚRGICA COM SF 0,5% 600CM - DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO
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 Gustavo Freire
Médico
CRM: 20386

DR(A) : CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA
CRM : 14313

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





DR. MIGUEL ARAÚJO



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
- TNP
- 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 30 DIAS

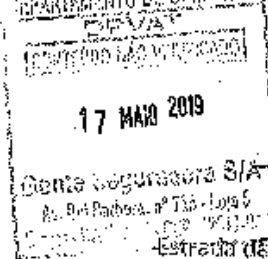
ORIENTAÇÕES:

- 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-TRIMETOPIM 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: ____/____/____



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 11/09/2020 16:36:04

Atendimento: 447912

Dt Atendimento: 08/10/2019 - 19:40

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

Paciente: 119143 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 06 ORTL-110-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

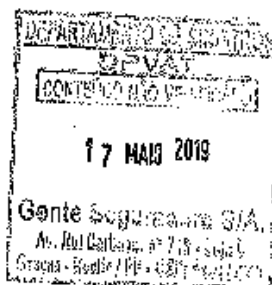
Usuário: JENNIFERMLS

CID:

Procedimento de Alta 03D1060070 - 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: 1890660854 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

 Idade: -- Sexo: MASCULINO
 Dr(a): NI -- LIGIUEL
 Unidade: NIA - HOSPITAL MIGUEL ARRAES
 Posto: 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	
	Ligido Evolutivo	29/10/2018	31/10/2018	19/10/2018	
ERITROGRAMA					
Hemácias	3,33 $\times 10^9/\mu\text{L}$	3,67	3,37	3,00	4,4 - 5,9 $\times 10^9/\mu\text{L}$
Hemoglobina	70,0 g/dL	9,4	11,2	10,1	13,0 - 18,0 g/dL
Hematócrito	30,0 %	28,0	34,5	30,6	40 - 52 %
VCM	90,1 fL	91,2	102,4	102,7	80 - 100 fL
HCM	30,0 pg	30,6	33,2	33,7	27 - 32 pg
CHCM	33,3 g/dL	33,6	32,5	32,8	32 - 37 g/dL
RDW	13,8 %	13,3	13,7	13,0	Até 15 %

LEUCOGRAMA

Leucócitos	100 %	14600 / μL	14200	26200	19300	1100 %	3500 - 11000 / μL
Neutrófilos	84,5 %	12337 / μL	11857	---	---	50 - 70 %	2500 - 7000 / μL
Eosinófilos	0,8 %	117 / μL	142	262	1544	1 - 6 %	100 - 600 / μL
Basófilos	0,1 %	15 / μL	28	---	---	0 - 2 %	0 - 200 / μL
Linfócitos	6,5 %	949 / μL	898	2892	2508	20 - 30 %	1000 - 3000 / μL
Monócitos	8,1 %	1183 / μL	1193	3144	1544	2 - 12 %	100 - 800 / μL
Plaquetas	729.000 / μL	596	973	923	---	50.000 - 450.000 / μL	

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 Científicab do grupo DASA, que a liberação de bastonetes é realizada quando estiverem acima de 6% do total de neutrófilos.

Materia: SANGUE

Método: AUTOMAÇÃO

 DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA
 17 MAIO 2019

 17 MAIO 2019
 GENTE SAGUICORR GIA
 Av. João Tavares de Moura, 57
 CEP: 53350-005 - JAGUARIBE - PE

 DRA. JEANNE KELEN DE OLIVEIRA SANTOS
 BIOMÉDICA
 CRM: 3602

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

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 PEI M da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

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

Data da Impressão: 05/11/2018 21:43:34 Página: 2/4



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES
CENTRO DIAGNÓSTICO - ULTRASSONOGRAFIA

Emissão de Laudo.....
Pedido do Exames..... 329641
Paciente..... 119143 GILMAR JOSÉ DO NASCIMENTO
Médico Solicitante..... 840 GUILHERME DA COSTA OLIVEIRA SOUSA
Data da Solicitação..... 11/12/2018
Convênio..... SUS - INTERNACAO
Unidade Internação..... 5 AND - ORTOPEDIA
LESTE

Data..... 11/12/2018
Hora..... 11:24:53
SABE..... 196141
Idade..... 42a em 12a
Sexo..... M
Dt. Realiz..... 11/12/2018
URGENCIA/EMERGENCIA
Leito..... ORTL 510

ULTRASSONOGRAMA 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.

Articulação com ecogenicidade e espessura normais.

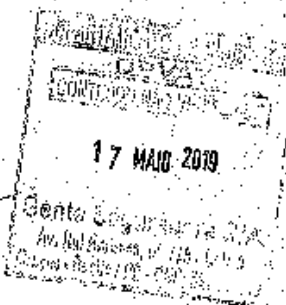
Articulação insercional do quadríceps.

Massa expansiva sólida no oco poplíteo.

de de

vadas.

DRA FERNANDA BORBA
CRM 14171
MRI RICARDO DE CARLI
CRM 16618





HOSPITAL MIGUEL ARRAES
Estrada da Fazendinha S/N
Jaguaribe
Paulista - PE
CEP: 53350-005



PRONTUÁRIO: 119143

RA: 1890660054 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Idade: Sexo: Masculino

DT (A): 01-11-2018

Unidade: HIA HOSPITAL MIGUEL ARRAES

Posto: 000005 - INTERNADOS

Local de Entrega: BC-5L-000-EXIBUÇAO

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

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

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

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

90537811 - 29/10/2018 - 17 | 81214287 - 22/10/2018 - 19 | 90420215 - 19/10/2018 - 12 | 91026432 - 18/10/2018 - 16 |

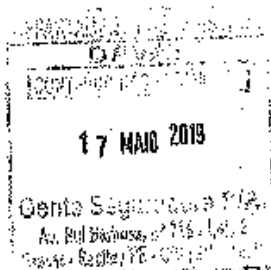
Materiais: SORO

Método: UREASE

Jeanne K.

DRA. JEANNE KELLEN DE OLIVEIRA SANTOS
FISIOMÉDICA
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 Pelinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5325

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



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAS
CENTRO DIAGNÓSTICO - ULTRASSONOGRAFIA

Emissão de Laudo

Pedido de Exames..... 323908 Cod. Atendimento... 447912

Paciente..... U19143 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 18c

Sexo..... M

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

URGENCIA/EMERGENCIA

Leito... ISO

DOPPLER VENOSO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

INDICAÇÃO:

HOMANS + EM MIE, POS OP DE DE - 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 soleas 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, poplíteas, tibiais anteriores e posteriores compressíveis e com fluxo.

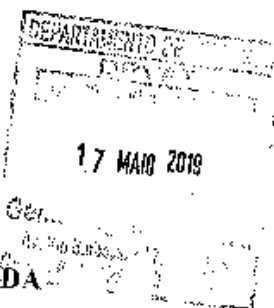
Veias gastrocnêmicas apresentando fluxo.

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 ARREDA
CRM 23993



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

Emissão de Laudo.....

Pedido de Exames.....

Paciente.....

Médico Solicitante.....

Data da Solicitação.....

Convênio.....

Unidade Internação.....

322957

Cod. Atendimento.....

447912

119143 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

734 PLANTONISTA ORTOPEDIA

08/10/2018

Hora.....

21:11:07

SUS - INTERNACAO

Origem da Solicitação.....

2 AND - UTI 3 -

Enfermaria.....

UTI3-022

ADULTO

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 pleva. 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 anatômicos.

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.

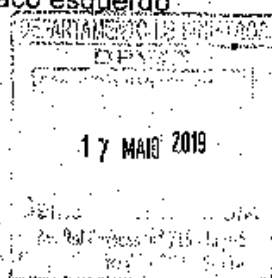
Aorta e veia cava de contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.

Rins de atenuação, forma, volume e topografia normais. Excreção pronta e simétrica do contraste. Ureteres pérvios.

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 ARRAES
CENTRO DIAGNÓSTICO - TOMOGRAFIA**

Emissão de Laudo

Pedido de Exames..... 323282 Cod. Atendimento..... 447912

Paciente..... 119143 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Médico Solicitante..... 734 PLANTONISTA ORTOPEDIA

Data da Solicitação..... 11/10/2018 Hora..... 14:45:21

Convênio..... SUS - INTERNACAO Origem da Solicitação.....

Unidade Internação..... 2 AND - UTI 3 - Enfermaria..... UTI3-022

Data..... 11/10/2018

Hora..... 14:20:06

SAME..... 106141

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

Sexo..... M

DI. Realiz..... 11/10/2018

URGENCIA/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 tônus 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?).

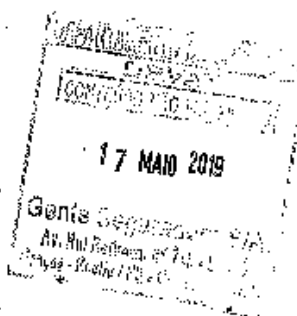
Bexiga vazia com balão de sonda de demora.

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 Buri 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 pé esquerdo,
fratura fechada de platô tibial (E)
(Atropelamento)

Tratamento realizado:

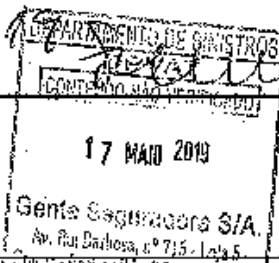
fechura e limpeza do ferimento.
tala coxo-podálica (E)
Exames complementares
Trat. de suporte clínico

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 Serviço
Cirurgia

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial, 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: 447905

Senha da Classificação:

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

0026

Paciente: 116143 GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

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

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

Estatu Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA IRMA GERTRUDES DE ALMEIDA

57

Bairro: ALTO DA NAOA

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: ANDERSONSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nº Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Doença crônica de longa duração, com história de episódios de dor aguda no local da lesão, com início de sintomas há 10 anos, evoluindo para dor crônica, com uso de analgésicos e fisioterapia, sem melhora significativa.

Exame Físico

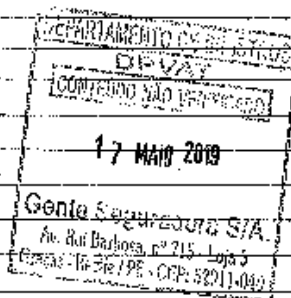
Exame físico realizado em 08/10/2018, com paciente em repouso, apresentando dor aguda no local da lesão, com presença de edema e vermelhidão, sem sinais de infecção.

Hipótese Diagnóstica

1. Dor crônica de longa duração, com história de episódios de dor aguda no local da lesão, com início de sintomas há 10 anos, evoluindo para dor crônica, com uso de analgésicos e fisioterapia, sem melhora significativa.

Prescrição Médica

1. R. 1



Assinatura e Carimbo Médico

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de Internação



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÁES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

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



Nome Paciente: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 112143
Data de Nascimento: 31/05/1976
Sexo: Masculino
Idade: 42
Senha: 0023
Convênio: 2 - SUS EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 447505
SAME: 105741

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. DIASTOLICA: 60.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 90.00 %

HAM - Hospital Metropolitano Norte Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim / Não X
Lado

KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA
Enfermeiro(a)
CONFERTE SENHA



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

Data Impressão: 08/10/2018 18:37

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



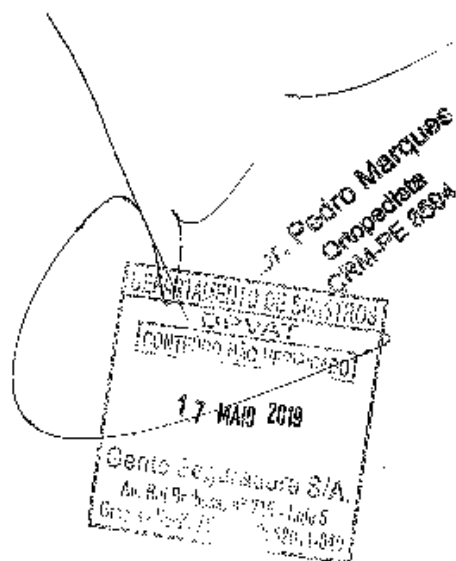
GILVAN JOSE DO NASCIMENTO

Sol

20 Sinais de fratura

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

04/02/19.



União Torre do Marquês

del

20 - Linhas de fratura

Por lesões de: 1 - Fratura do platô tibial
esquerdo

2 - Fratura proximal do braço

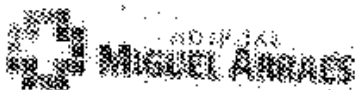
3 - Fratura avulsão da A&A do ilíaco

21/03/19



Dr. Pedro Marques
Ortopedista
CRM-PE 8584





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 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 PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APOS ALTA DE PACIENTES

AMBULATÓRIO DE EGRESSO: SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

17 MAIO 2019

Gento Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Geopólis - Jaboatão - PE 53011-900

Assinatura eletrônica
Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM 24.728

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



1303

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		6 - Nº Prontuário	
		119143	
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raca/Cor
898005094327143	31/05/1976	Masculino	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato	13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato
JOSEFA MARIA CRISTOVÃO DA SILVA	8198477425	MARIA DE FATIMA	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
RUA IRMA GERTRUDES DE ALMEIDA, 87 - ALTO DA NACAO			
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
OLINDA	260960	PE	53320520

10 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	
ABDOMINAL, RA 244	

11 - Condições que justificam a internação	
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO	

12 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	
EXAME FISICO SUFICIENTE	

13 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
ABDOMEN AGUDO	R100	V039	S82.115A14

17 - Descrição do Procedimento Solicitado		28 - Código do Procedimento
LAPAROTOMIA EXPLORADORA		0407040161
19 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF
32 - Nº do Registro (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		33 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
JOAO PAULO RIBEIRO NETO		08/10/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () Acidente de Trânsito	37 - () Acid. Trabalho Tóxico	38 - () Acid. Trabalho Trajeto	39 - CNPJ Seguradora
40 - Nº Bilhete	41 - CNPJ Empresa	42 - CNPJ Trabalho	43 - CNAE
5 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado	() Empregador	() Desempregado	() Aposentado
46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor	48 - Documento
Gente Seguradora S/A.		E260000001	() CNS () CPF
49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		50 - Data da Autorização	
51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		52 - Data da Autorização	

53 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
Dr. Wagner Athaydes	
Médico Ortopedista	
CRM 10353 - TSO 12551	

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



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 447305 Profissional: 119143 SAME: 106141 Hora Atend: 18:28 Data Atend: 08/10/2018
Paciente..... : GILMAR JOSE DO NASCIMENTO
Endereço..... : RUA IRMA GERTRUDES DE ALNECAR
Bairro..... : ALTO DA NACAO
Cidade..... : OLINDA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA UF.: PE CEP: 53320520
CID Principal..... :
CID's Secundários :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 08/10/2018 Hora Saída : 19:39
Plano....: PLANO UNICO

Prestador da Evolução Médica

PLANTONISTA ORTOPEDIA

DIAGNOSTICO

ENF. MARCELO

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRARES DE ALENCAR



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Univas
Combicor do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165975/19

Vítima: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 070.100.504-14

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/09/2018

Titular do CPF: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

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.univasseguro.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.

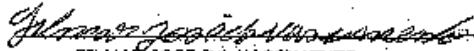
Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de 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.

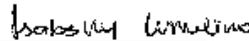
Portador da documentação entregue

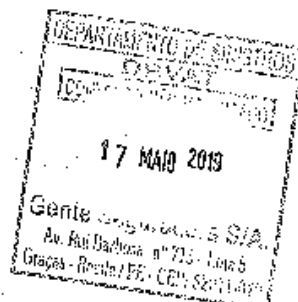
Data da entrega: 17/05/2019
Nome: GILMAR JOSE DO NASCIMENTO
CPF: 070.100.504-14


GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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


Isabelly 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 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





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01719/01720 - carta_03 - INVALIDEZ

00040860



Carta nº 14331386





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14332958

Pag. 00231/00232 - carta_01 - INVALIDEZ



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DANI (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 JOSE DO NASCIMENTO

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

Nome completo:

GILMAR JOSE DO NASCIMENTO

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):

81 987793871

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 extensão 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.

DEPARTAMENTO DE
CONTABILIDADE
31 MAI 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 filhos vivos? ☐ 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 JOSE 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 ROSTO, 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.

FDC 003 V003/2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASE: _____ 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: RECUSO Endereço: RUA SEXTANA DE ALENCAR Número: 97 Complemento: _____

Bairro: Botim 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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO 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 (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0917 CONTA: 986623704 4

(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 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: _____ 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: 070.100504-14 Data: 17 MAIO 2019

Assinatura: _____

2ª Nome: GRUAR JOSÉ DO NASCIMENTO CPF: 070.100504-14

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.

1 V001/2018