



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 JUL 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.069-010
RECIFE-PE





DATE _____

[illegible]

QUANTITY	PRICE (\$)	VALUE (\$)
100,000,000	0.15000000	15,000,000
		22
		5

Copyright © 1999
 Copyright 1999, 2000, 2001, 2002
 and 2003 by the American Psychological Association
 0893-3200/99/0000-0000\$05.00/0

TOTAL EMPAQUETAMENTO DE MATERIAIS									
Nº DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE TOMAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONDIÇÃO GERAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
017200000	1-01	1-01-01-2017	10,000	1-01-01-2017	100,000	1	1,00000		100,00

[illegible]

Figura 1. Diagrama de fluxuri privind activitatea de cercetare științifică în domeniul managementului proiectelor în România. Sursa: elaborat de autorii articolului pe baza datelor din Raportul de activitate al Institutului Național de Cercetare Științifică în Domeniul Managementului Proiectelor, 2010-2011.

DESCRIPCION	CANTIDAD				UNIDAD
	RECURSOS ASIGNADOS	RECURSOS REALES	RECURSOS PRESUPUESTADOS	RECURSOS EFECTIVOS	
PROY	0.00	0.00	0.00	0.00	
PRO	0.00	0.00	0.00	0.00	
GRAN	0.00	0.00	0.00	0.00	

RECURSOS ASIGNADOS (M)	RECURSOS REALES DE LA ENTIDAD	
	2017	2018
120		

DATA CONTRATO	SEI/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
		26/03/2019	214,68

83850000002-4 14880011002-6 09356101810-3 18802489753-5



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2003
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.067-010
RECIFE-PE



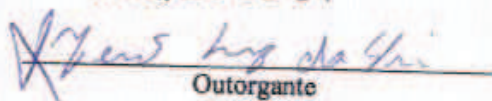
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: João Luiz da Silva, brasileiro, solteiro, Repensador, RG: 2.674.343-505/PE e CPF: 401.176.004-82, residente na Rua Esperança, N° 4, Dois Unidos, Recife/PE.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n° 20.832 e portador do CPF sob o n° 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, n° 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e revigorado pela Lei n° 8.441/92.

Recife, 22.08.19


Outorgante



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 22 de agosto de 2019 .

Xenos Luiz de S.





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 034ª CIRCUNSCRIÇÃO - MARIA FARINHA -
DP34ªCIRC DIM/BºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0124000854

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/06/2019 às 11:46

Complementa o BO Número: 19E0124000851

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 28/3/2019 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, 1 - Bairro: PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO DO FORTE DE PAU AMARELO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (AUTOR / AGENTE)
JOÃO LUIZ DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**

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

JOÃO LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARGARIDA ARCANJO DA SILVA Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 07/09/1964
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2074343/009/PE (RG), 40117000402 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **REPOSITOR** Telefones Celulares: **- 322746664**

Endereço Residencial: RUA DA ESPERANÇA, 4 - CEP: 52090-000 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE AO COLÉGIO

CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CONDUTOR DE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019
Rua da Aurora, nº 175, 4º 902 BL C
Boa Vista - CEP: 51.060-010
RECIFE-PE



VEÍCULO MOTOCICLETA, que estava em posse do(s) Sr(s): **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NSe**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DE MARCA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA.**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A AV. CLÁUDIO SUEIROS LEITE, EM PAU AMARELO, PRÓXIMO DO FORTE DE PAU AMARELO, FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO MOTOCICLETA DE MARCA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA, A QUAL FOI SOCORRIDO PELO SAMU OCORRÊNCIA Nº 0-99999 PARA A UPA DE IOARASSÓ ATENDIMENTO Nº 1967887 E FINALMENTE PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS COS. ATENDIMENTO: 471241. HOVE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA, ALTA MÉDICA DATADA DE 31/03/2019. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

João Luiz da Silva
JOÃO LUIZ DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ANTÔNIO SIMÕES DE ARRUDA NETO** - Matrícula: **381852-9**

[Assinatura]



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

25/06/2019 11:38



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 18.05.2019.
EM: 21.05.2019.

Atendendo ao requerimento do Sr., **JOÃO LUIZ DA SILVA, RG Nº 2.674.343 - SDS - PE, CPF Nº 401.176.004-82**, declaramos que baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 608093** do dia **28 de março de 2019**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Paulista, por volta das 20hs e 00min, vítima de atropelamento, na Av. Claudio Gueiros Leite, S/N, Pau amarelo - Paulista, nas proximidades da COMPESA, sendo em seguida removido para a UPA de Igarassu.



Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 53.050-010
RECIFE-PE

Av. Antônio Cabral de Souza, nº 801, Maranguape - Paulista. CEP: 53421-420 Fone: 3372-3962



Atendimento: 1067887 ✓

Senha da Classificação:

P0162

Data e Hora: 28/03/2019 22:22

UPA IGARASSU
FATURADO

Paciente: 339699 JOAO LUIZ DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/10/1964 Idade: 54 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARGARIDA ARCANJO DA SILVA

Nome do Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: 1 TRAVESSA VEREADOR OTA --

Bairro: BREJO DE BEBERIBE

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 52291251

Usuário Atendimento: DIEGODFS

RG (Identidade): 2674343

SDS

Data de Emissão: 23/05/2017

CNS: 706003811255146

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 40117600482

Fone: 87671823

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmhg
DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Vifone de alto planto por notificação
DICE A/RMC, A/pede de memora. (da 11)
aparece no seu corpo e no
A/ambigao*

EXAME FÍSICO:

*Bom cont. com seu aparelho (10)
" " seu corpo
Bom*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Bch-bch FRAÇA EXPOSTA FIBRA (5)

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

UPA IGARASSU
WALQUÍRIA DIAS
FARMACIA

Dr. Eduardo Viegas Carvalho
Traumat. - Ortopedia
CRM 15075 - FEOT 14148

1) Ao ortop.

1) Sinais de face

SPINHA 11/12, 12/13

HORÁRIO
05.801.147.001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15.11.2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

édico / Cremepe:

NCAMINHADO:

() Ambulatório

() Sala Verde

() Sala Amarela

() Sala Vermelha

édico / Cremepe:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

Minuti al coolator, VITAMINAR de spurs.
Carnale pe mato. Măi și ză. Măi
pauză de 15 minute cu vânt. Măi
măi, curaj. Locuri pentru mănăstire, BACI,
MIF. Băieți pe un subțire (E), păsări
e. m. D, păsări D. fructe cu subțire
păsări/m. D. păsări D. cu un subțire

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

Dr. Eduardo Krug Carvalho
Traumatologia Ortopedia

Dr. Eduardo Krug Carvalho
Traumatologia - Ortopedia
CRM 125079 - RQEOT 14144

$$f(x) = \int_{-\infty}^{\infty} f(t) \delta(t-x) dt \quad (5)$$

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

Atalado
Destino:
UPA IGARASSU
IMPLANTAÇÃO

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição
(☒) TRANSFERÊNCIA LOCAL: HIA SENHA: 5650902
() ÓBITO Data: / / ÀS h) ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IM

S _____
Dr. Eduardo Krig Carvalho
Medico (Ginecologia)
CRM: 10275

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS!

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____, HORA: ____:____

NOME LEGIVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2009

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

REF:FF-01



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/03/2019 22:12

Nome Paciente:	JOAO LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	05/10/1964
Sexo:	Masculino
Idade:	54
Senha:	P0162
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 28/03/2019 22:15 - 28/03/2019 22:18

EDSON DANIO DE SOUZA PAZ - COREN: 12032 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TCE+ TRAUMA EM MMII + MMSS

Observação: NEGA ALERGIA
HAS+
DM-
ACIDENTE DE MOTO.
VITIMA DE ATROPELAMENTO
TRAZIDO PELO SAMU DE PAULISTA

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15
- HGT: 115.00 MG/DL
- P.A. DISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 180.00 MMHG

28/03/2019 às 22:15
Paciente estável, segue em remoção para
uma ambulância de unidade

Roberta P. S. Moraes
COREN 12032-15

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Acolhido(a) por: EDSON DANIO DE SOUZA PAZ - COREN: 12032 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/03/2019 22:18



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()		SENHA <u>5650902</u>
Nome do Paciente: <u>JOAO LUIZ DA SILVA</u>	IDENTIFICAÇÃO	
Sexo: M () F () Profissão: _____	Idade: <u>54a</u>	
Endereço Residencial: _____	Fone: _____	
Cidade: <u>Pecife</u>	Bairro: _____	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta () Atropelamento: Pedestre (X) Ciclista () Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N() Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento () Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____ Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico () Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____ Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____ Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento		
CAUSAS CLÍNICAS História Clínica Atual: <u>Pericardite crônica, com a história de infarto do miocárdio, há 10 anos, com tratamento com medicação para o coração, sem sintomas atuais.</u> Hipótese Diagnóstica: <u>Pericardite crônica, com a história de infarto do miocárdio, há 10 anos, com tratamento com medicação para o coração, sem sintomas atuais.</u>		
EXAME FÍSICO Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N() Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/ Estridor: S() N() Distúrbio Fala/Choro: S() N() Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N() Perfusão Periférica: Boa (X) Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas () Pulso: Rítmico (X) Arritmico () Filiforme () Fino () Coloração da Pele: Normocorada (X) Palidez () Cianose () Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()		
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100	05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 15 JUL 2019 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo Doloroso () Irresponsivo ()

Esala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estimulo Doloroso 5
Retirada ao Estimulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()

Lesões Intra-Torácica: S() N() Fratura Pélvis: S() N()

Lesões Infra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S() N() Informante: Vitima () Outros()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação() Alteração no Humor()

Uso outras drogas: S() N() Informante: Vitima() Outros()

Lolô () Maconha() Cola() Cocaína () Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Imobilização Tala Gessada: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Entubação Orotraqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Infusão de Fluidos: S() N() Especificar: RL

Volume de Fluidos Infundido: 1000 ml

Outras Condutas: CEFALOTINA

Intercorrências: CURATILAS

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

transfere para cirurgia

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HAA

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Hora: 22:30

28/12/19
Local e data

Dr. Eduardo Knyg Carvalho
Traumatologia - Ortopedia
CRM 14143
Médico Assistente

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE, PE



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOAO LUIZ DA SILVA			6 - Nº Prontuário	124276
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
706003811255146	05/10/1964	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARGARIDA ARCANJO DA SILVA			12 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável	MARGARIDA ARCANJO DA SILVA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, - JANGA					
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	281070	PE	53435970		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA CERCA DE 8 HORAS, APRESENTANDO DOR EM PERNA DIREITA, ANTEBRAÇO ESQUERDO E REGIÃO PALMAR DIREITA. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES

21 - Condições que justificam a internação
CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Exames Diagnósticos
ANAMNESE+EXAME FÍSICO+IMAGEM

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO PERÔNIO [FIBULA]	S824	V2000	020100020

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980076278437533

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	29/03/2019	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	

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

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)
	05.802.4347

AIH
261910215464-7

05.802.4347
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 JUL 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL
Roa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

MEIA HOSPITAL MIGUEL ARRAES
RUA VISTA Nº 175
CEP 50.060-010
CPF 05.802.4347

Código do Laudo: 471238





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 471241

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOAO LUIZ DA SILVA** Prontuário: 124276
Idade: 54a 5m 23d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 05/10/1964
Profissão: Escolaridade:
RG: 2674343 C.P.F.: 40117600482 Telefone: 31819859 CEP 53435970
Endereço: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEI, - JANGA - PAULISTA - PE
Dados da Internação
Data e Hora da Internação: 29/03/2019 04:15
Plano: GERAL
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO EXTRA 21
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 31/03/19 Hora da Alta: 6:00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: X Fx Exata de Fíbula 10
Diagnóstico Principal.....: Fratura fechada de fíbula
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: LC + DC + Sutura.
Dr. Max Félix
MÉDICO
CRM 37120 / CRM-MA 10405
Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____

de 5/11/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

HCCIFF-PE

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Data e hora retirada da senha: 29/03/2019 02:04

 Nome Paciente: JOAO LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente: 124276
Data de Nascimento: 05/10/1964
Sexo: Masculino
Idade: 54
Senha: 0007
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 471238
SAME: 111068

Período: 29/03/2019 02:44 - 29/03/2019 02:47

ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA NA VIA PUBLICA. CONSCIENTE, ORIENTADO, RELATA QUE NAO LEMBRA DO ACIDENTE. APRESENTA LESAO EXTENSA EM REGIAO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Observação:

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 115.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 190.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

OBS: Fratura tibia

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não ☒

Local

Enfermeiro

REVISADO
NEF: 1111A

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15.11.2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/03/2019 02:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 471238

Data e Hora: 29/03/2019 02:10

Senha da Classificação:

0007

Paciente: 124276 JOAO LUIZ DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 05/10/1964 Idade: 54 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARGARIDA ARCANJO DA SILVA

Nome do Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO, -

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Observação:

Nr Documento Estrangeiro:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 02:55

Queixa Principal: *Prontuário de amputação do dedo da 8ª hora e parafusos da mão direita (D) e esquerda (E). Mergulhos de amputações*

Exame Físico: *BBB pupilo, pele, reflexos intactos, batimento cardíaco*

Hipótese Diagnóstica

Fo, 16 Fratura? e Edema em abdômen (E) exposto (Furto em perna)

Prescrição Médica

1. *Interno do bloco 10 a 12*
2. *Clotado 1g + AD 20 mg*
3. *5AT VAL*
4. *Urgemizante*
5. *Re controle*

Dr. Felipe Guedes
CRM 12345
R. 12345

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido para

() Encaminhado ao setor de internação

05.802.494/0001-41

TRACAP - CONHECIMENTOS
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



HMA Int

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5650902
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: JOAO LUIZ DE SILVA Idade: 54a
Sexo: M () F () Profissão: Fone:
Endereço Residencial: Bairro:
Cidade: Ponte de Lima

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre (X) Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador:
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo () Arma Branca/Tipo:
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar:
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
História Clínica Atual: Paciente vítima de acidente de trânsito por moto, lesões múltiplas no tórax e membros superiores, com sinais de contusão e lacerações. Sem perda de consciência. Trauma externo.
Hipótese Diagnóstica: Lesões múltiplas por trauma externo.
AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): Temperatura: F.C.: P.A.: x
Vias Aéreas: FR Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa (X) Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico (X) Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada (X) Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 JUL 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.050-010
9113FE-24



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()
Lesões Intra-Torácica: S() N() Fratura Pélvis: S() N()
Lesões Infra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Víctima() Outros()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação() Alteração no Humor()
Usou outras drogas: S() N() Informante: Víctima() Outros()
Lolô() Maconha() Cola() Cocaína() Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()
Imobilização Tala Gessada: S() N()
Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()
Entubação Orotraqueal: S() N()
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____
Reanimação Cardiopulmonar: S() N()
RX: S() N() Analgesia: S() N()
Infusão de Fluidos: S() N() Especificar: RL
Volume de Fluidos Infundido: TGO
Outras Condutas: CEFALOTINA
INTERCORRÊNCIAS: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

transf. cirúrgica

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HIA
Médico Regulador: _____ Hora: 23:30
Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

28/11/19
Local e data

Dr. Eduardo Krug Carvalho
Traumatologia Ortopedia
CRM: 18075 - TEOR 14144
Médico Assistente

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/11/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Roa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOAO LUIZ DA SILVA REG: 124276
CLÍNICA: _____

ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
29/3/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
03:00	PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ CERCA DE 8 HORAS, APRESENTANDO DOR EM PERNA DIREITA, ANTEBRAÇO ESQUERDO E REGIAO DE DORSO DE MAO DIREITA. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES. NEGA VOMITOS OU PERDA DE CONSCIENCIA, REFERE TER INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA
	AO EXAME: EGR, EUPNEICO, LOT, HALITO ETILICO
	MID: FERIMENTO EM REGIAO LATERAL DE PERNA DIREITA DE CERCA DE 5 CM
	LESAO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO +- 2 CM
	HD: FRATURA EXPOSTA DE FIBULA DIREITA + FERIMENTO ANTEBRAÇO ESQUERDO
	CD: INTERNO AO BLOCO AS 6: 00 HORAS, SOLICITO RX DE CONTROLE + HB+HT
<i>03:15</i>	<i>Em tempo: Paciente admitido no bloco de cirurgia de urgência, após avaliação médica.</i>
<i>30/03/2019</i>	<i># ORTOPEDIA #</i>
<i>06:40</i>	<i>Paciente admitido a LL + VL. Análise de fratura expor- ta de fibula direita no bloco de urgência, evolui estável, com dor controlada pela analgesia. Curativo limpo e seco, boa aceitação da dieta VO. Eliminações presentes.</i>
	<i>AO exame: EGB, consciente, orientado, hidratado, mucosas e afebril.</i>
	<i>CD: Discutir possibilidade de alta com staff.</i>

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
CEP: 50.060-010

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27686 CRM-BA 33039



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 55532 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 124276 JOAO LUIZ DA SILVA Atendimento : 471238
Convênio Atend. : 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA Carteira :
Leito : 791 VERMELHO EXTRA-29 Idade : 54 Anos
Dt. Início : 29/03/2019 08:50 Dt. Fim : 29/03/2019 09:40
Cid Pré-Operatório : S824 FRATURA DO PERONIO [FIBULA]
Cid Pós-Operatório : S824 FRATURA DO PERONIO [FIBULA]

Procedimentos

Procedimento: 0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL)
Convênio: 002 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
ANESTESISTA 3702 CLAYTON PLACIDO CHIVERS

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA DIREITA
INTERVENÇÃO: LC + DC + SUTURA
OPERADOR: DR FAGNER ATHAYDE
1º AUXILIAR: DR ICARO MÓLIM
ANESTESISTA: DR CLAYTON CHIVERS
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUI ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DO MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
LAVAGEM EXAUSTIVA MECANOCIRURGICA COM SF 0,9% DO FERIMENTO EM FACE LATERAL ALTA DA PERNA DIREITA
DEBRIDAMENTO DAS BORDAS DO FERIMENTO
5. SUTURA DE FERIMENTO
7. CURATIVO ESTÉRIL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Icaro Mólím de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26560

DR(A) : FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM : 16863

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 JUL 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOAO LUIZ DA SILVA REG: 124276

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 29/3/2019 DATA DA ALTA 31/3/19

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta de Fíbula (D)

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: LC + OL + Sutura

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE Ortopedia (Trauma)
- PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO () NÃO SE APLICA ()

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 1/1/19

Retorno em 15 dias

Dr. Max Felix
MÉDICO
CRM 17.017/2019

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE, PE



SINISTRO 3190429444 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO LUIZ DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRACÇÃO
CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME
BENEFICIÁRIO JOAO LUIZ DA SILVA
CPF/CNPJ: 40117600482

Posição em 22-08-2019 14:38:53

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
08/08/2019	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	

