



05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
07.857.779
Rua da Aurora, 10175, SL 902 BL C
Belo Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ademilson Rodrigues dos Gomelos, brasileiro solteiro, autônomo, RG: 9.744.311 5051PE e CPF: 479.

848.904-74, residente na Rua André Quirós de França, BL 50 apt. 203, Mancos Freire, Tabatinga dos Guanabara

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 1PE. 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 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 Juizo, 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 nº 8.441/92.

Recife, 92.33.39

Ademilson dos Gomelos
Outorgante



DECLARAÇÃO

DECLARO, 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), 99 de novembro de 2019 .

Ademilson R. de Andrade





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2141001432

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/04/2019** às **10:15**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **7/4/2019** às **18:50**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RECIFE, 1** - Bairro: **JARDIM SAO PAULO** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**

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

ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mae: **ADELAIDE FREITAS DOS SANTOS** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **9/10/1963** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **CONJUNTO MARCOS FREIRE, 30, RUA DO SOCORRO - CEP: 55000-000 - Bairro: MARCOS FREIRE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**
que estava em posse do(a) Sr(a): **INDIVÍDUO DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apanhado: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Descrição: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS INFORMA QUE QUANDO ESTAVA TRAFEGANDO NA AVENIDA RECIFE, NO DIA 07/04/2019, POR VOLTA DAS 18:50 HORAS COM SUA MOTONETA I/WUYANG WY48Q-2 DE COR PRETA E PLACA PCM 6322 FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO QUE NÃO SABE PRECISAR AS CARACTERÍSTICAS. NA OCASIÃO, A VÍTIMA CAIU DESACORDADA EM VIRTUDE DO FORTE IMPACTO QUE SOFREU E LHE AGARRETOU UMA LUXAÇÃO NO OMBRO DIREITO E UMA FRATURA EXPOSTA NO DEDO ANELAR DA MÃO ESQUERDA, ALÉM DE ESCORIAÇÕES. DECLARA QUE FOI SOCORRIDO POR UMA VIATURA DO SAMU QUE FORA CHAMADA POR POPULARES QUE SE ENCONTRAVAM NO LOCAL E LEVADO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E RECEBEU UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA PARA SANAR AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE. NA OCASIÃO FOI OPERADO PELO DOUTOR RODRIGO CASTRO AUXILIADO PELA



DOUTORA HANNA E RECEBEU ALTA HOSPITALAR ASSINADA PELO DOUTOR RODRIGO DE AMORIM SILVA (ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA) CREMEPE 17.439 E TEVE SEU PRONTUÁRIO ABERTO NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR SOB O NÚMERO 1115963. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATÉ ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) esta unidade policial

Adenilson Rodrigues Santos
ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: ROSALVO FRANCISCO BARBOSA MAT 208.202-0

DOUTORA HANNA E RECEBEU ALTA HOSPITALAR ASSINADA PELO DOUTOR RODRIGO DE AMORIM SILVA (ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA) CREMEPE 17.439 E TEVE SEU PRONTUÁRIO ABERTO NAQUELA UNIDADE HOSPITALAR SOB O NÚMERO 1115963. DIANTE DO EXPOSTO, VEIO ATÉ ESTE DEPARTAMENTO NOTICIAR O FATO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) esta unidade policial

Rosalvo Francisco Barbosa
ROSALVO FRANCISCO BARBOSA



05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
09 SET 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE - PE



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 30/12/2019 09:47:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123009471927900000055084174>
Número do documento: 19123009471927900000055084174

Num. 55989938 - Pág. 6

HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS
 Data Nasc.: 09/10/1963 Idade: 55 Sexo: MASCULINO Cor:
 CPF: 47084830444 RG: CNS: 898003920566834
 Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO N°: 30
 Bairro: MARCOS FREIRE Cidade: JABOATÃO DOS GUARAPAPES Estado: PE
 CEP: 54360150 Fone: 83643707 Profissão:
 Nome da Mãe: ADENAIDE
 Acompanhante:
 Nome do Conjugue:
 Local de Procedência: VIA URBANA
 Clínica: CIRURGIA GERAL
 Ocorrência: AUT. ENF. EMERSON I RELATA QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESÃO + EDEMA + DOR EM MJO + MSD + SAI
 Acidente de Trabalho: Sim Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 04/12/2019 HORA: 19:43 h Médico:

Queixa Principal / HDA: *Relata que caiu de moto no bairro da Praia da Boa Viagem, no dia 03/12/2019, por volta das 18h30min, e sofreu Queda de moto, com lesão no joelho esquerdo e dor no braço esquerdo.*

História do Trauma

Perda da Consciência	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:			
Colisão	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>			
Alcoolismo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:			
Vítima de Fogo	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda, Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m			
Queimadura	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por: Transporte Realizado por:			
Condições de imobilização adequadas	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:			

Observações: *Abd. S/ P*

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está aberta Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp: C°
----------	--

Observações na clínica:

B: Respiratório	<i>Observações na clínica:</i>
-----------------	--------------------------------

C: Circulatório	PA: mmHg P脉搏 bpm
-----------------	------------------

D: Exames Neurologico	Deficiência motora/MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilar: Isocônicas <input type="checkbox"/> Alopapoficas <input type="checkbox"/>
Glasgow Apertura Ocular	Glasgow Resposta Verbal
Escore: Hora:	Escore: Hora

09:55:27
Assinatura da Autora: 09/12/2019, C.
Rua Vitorino - Centro - 55084174
09/12/2019

1 de 2



HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÉNCIA



E Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica / RX

Exames Sociosanitários: 1 - Especializados

Resultado de Exames

Tratamento / Procedimentos

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadu-se

Condicão de Alta:

Curado
 Inalterado
 Óbito

Melhorado
 Piorado

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Assist. Social

Confirmação do Endereço

Providências:

Alta Transferência Estudo de Caso Exames Externos Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Medico

CRM/CRO

Data

Hora

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e em os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade do Alta a Pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

Cadastramento: 21/06/2019 03:15 h EDILENERS

Impressão: 21/06/2019 03:15 h EDILENERS

05-803-454/0001-13
TRABALHO CLÍNICO
05-803-454/0001-13

Médico

05-803-454/0001-13
TRABALHO CLÍNICO
05-803-454/0001-13





706287

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	Nº Atendimento: 706287	Nº AIH:		
Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS	Prontuário: 1115963			
Data Nasc.: 09/10/1963	Idade: 55	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA	Religião:
CPF: 47984830444	RG:		CNS: 896003920586834	
Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO			Nº: 30	
Bairro: MARCOS FREIRE		Cidade: JABOTACAO DOS GUARARAPES		Estado: PE
CEP: 54360150	Fone: 86643707	Profissão:		
Nome da Mãe: ADENAIDE				
Nome do Conjugue:				
Nome:				
Parentesco:	RG:		Fone: 86643707	

2 - INTERNAR PARA

Clinica: CLÍNICA GERAL	Prestador: 90
Unidade de Internação:	Leito: SR 40
Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico):	CID: 5506
Procedimento Solicitado:	COD:
Procedimento Realizado:	COD:

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	Cirurgião		0001-A1
2	1º Auxílio Cirúrgico		05-807-4941/0001-A1
3	2º Auxílio Cirúrgico		TRABALHO COMUM
4	3º Auxílio Cirúrgico		DESENVOLVIMENTO
5	Demais Auxílio Cirúrgico		1000-A1
6	Anestesista		0001-A1
7	Clinico		0001-A1
8	Neonatologista		0001-A1

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 706287-0001-A1
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/> 0001-A1
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 0001-A1
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE		

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:	CID: 5506	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO:
-----------------------------------	-----------	------------------------------

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL		
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		
MOTIVO DA ALTA	ALTA	
DATA DA INTERNAÇÃO:	DATA DA ALTA: 16/12/2019	DIAS DE INTERNAÇÃO: 1x
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente		



ABR Anterior: ABR Posterior:
Cintas Externas (Acetato ou VCRIMOL) CNAE:
CNPJ do Empregador: CNPJ:

2010-11-12 10:00:00

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		DOCUMENTO	CBC	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtd	Chave	Descrição	117737
01-001-076-1	960216001773012	226270 (01)	2802783	2802783	1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRACTURA		
01-001-076-1	124120531560003	226161 (01)	2802783	2802783	1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRACTURA		
01-001-076-1	960316001773012	226270 (01)	2802783	2802783	1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRACTURA / LESAO FISI		
01-001-076-1	22122541560001	226151 (06)	2802783	2802783	1	04/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRACTURA / LESAO FISI		
01-001-076-1			2802783	2802783	2	04/2018	DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR		
01-001-076-1			2802783	2802783	1	04/2018	DOSEAGEM DE CREATININA		
01-001-076-1			2802783	2802783	1	04/2018	DOSEAGEM DE UREMIA		
01-001-076-1			2802783	2802783	1	04/2018	DETERMINADAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROT		
01-001-076-1			2802783	2802783	1	04/2018	HEMOKGRAMA COMPLETO		
01-001-076-1			2802783	2802783	1	04/2018	RADIOGRAFIA DE MAO		
01-001-076-1			2802783	2802783	3	04/2018	RADIOGRAFIA DE ESCAPULONOMBRO (TRES POSICAO		
01-001-076-1			2802783	2802783	1	04/2018	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OSLICUA)		
01-001-076-1			2802783	2802783	1	04/2018	CHICANA CAPILAR		
01-001-076-1			2802783	2802783	1	04/2018	CONSULTA AVULSA/ACAO EM PACIENTE INTERNADO		

卷之三

VALORES DA PREVIA	Direto		Dirito		Ratificado		VALORES
	Proprio	Terceiro	Proprio	Terceiro	Proprio	Terceiro	
03.01.01 CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NIVEL 1					12,22		10,2
04.01.01 CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NIVEL 2	201,66		48,01		91,06		341,1
04.05.02 MEMBROS SUPERIORES	121,83		29,85		91,98		243,6
04.07.01 GUARDAS	502,88						502,88
	723,37	72,66	77,76	4,65	104,06	0,00	760,08

— 10 —

OC SECUNDARIO
03 Capacidade Descrição: produzida a outros fatores não criados - outros locais especificados

Memória da Sessão | 67º Período

ANEXO 001-A Anexo CAL/SC/AT/02-00-22 de agosto de 2005 publicado no Diário Oficial da União, Poder Executivo.

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL - 41
05-902.494/0001-41
THAIS ALVES MELO
CREFITO-PR 11.000

Av. da América, 1011, 5902-441
Braga (Portugal) - CEP: 4700-000



Comunicação
ao extran
naal 075.00

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: Adenilson Rodrigues dos Santos		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:		CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: SR	LEITO: 35	Nº DO REGISTRO: 1115963
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO) Luxação Ombro D + Fratura Exposta Mão Esquerda			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS Tratamento Cirúrgico (Limpeza cirúrgica + Debridamento + Sutura + Redução de Ombro D)			
DATA DA INTERNAÇÃO: 07/04/19	DATA DA ALTA: 16/04/19	DIAS DE INTERNAÇÃO: 09	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID: S43.0;S62.6	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	
1	CIRURGIAO	Dr Rodrigo Castro	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	Dra Hanna	
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS)			
Paciente com fratura exposta de mão esquerda submetido ao tratamento cirúrgico. Submetido também a redução incrienta de luxação de ombro D. Recebe alta em boas condições clínicas.			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + Analgésicos + Reforço da vacina de tétano.			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Luxação Ombro D + Fratura Exposta Mão Esquerda		05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA BEG, orientado, corado, eupneico, com boa perfusão distal.			
MOTIVO DA ALTA CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS:		ÓBITO IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO <input type="checkbox"/>	Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL. Boa Vista - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia			
DATA: 16/04/19			



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



Paciente: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Prontuário: 01115963

Data de Nascimento: 09/10/1963

Idade: 55a 6m 16d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

FRATURA EXPOSTA DE 4 QUIDODACTILO ESQUERDO

LUXAÇÃO EM OMBRO DIREITO

Feito o Exame de ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

Observação:

PACIENTE COMPARCE AO PRIMEIRO RETORNO APÓS INTERNAÇÃO
REFERE ACIDENTE DE MOTO DIA 07/04 COM FX EXPOSTA EM MÃO ESQUERDA
07/04: REDUÇÃO INCORRINTA DO OMBRO DIREITO
07/04: LMC + SUTURA DE 4 QUIDODACTILO ESQUERDO
AO EXAME: NEUROVASCULAR PRESERVADO
BOA PERFUSÃO DISTAL
FO: BOM ASPECTO, SEM SAÍDA DE SECREÇÃO, COM PONTOS DE SUTURA
RAIO X DO DIA DO TRAUMA EVIDENCIANDO FRATURA EM FALANGE MEDIAL DO 4 QUIDODACTILO ESQUERDO
CD: CONTINUAR ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL
NOVO RAIO X NO RETORNO

CID: 562

Dr. Emmanuel Costa
Médico
CREMEPE 27967

Recife, 25 DE ABRIL DE 2019

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

EMMANUEL COSTA MACIEL - CRM: N°.27967

09 SET 2019

Rua da Aurora, N° 175, 51-902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-011
RECIFE - PE

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 30/12/2019 09:47:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123009471927900000055084174>
Número do documento: 19123009471927900000055084174

Num. 55989938 - Pág. 13

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
ATENDIMENTO: 706274 Prontuário: J11596	
Nome: ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS Data Nasc.: 09/07/1931 Idade: 55 Sexo: MASCULINO Gênero: CPF: 47384530444 RG: CNS: 806503825565834 Endereço: RUA NOSSA SENHORA DO PERPETUO SOCORRO N°: 30 Bairro: MARCOS FREIRE Cidade: JABOTACAO DOS GUARANAPES Estado: PE CEP: 54360150 Fone: (81) 3707-0043 Nome da Mãe: ADENIADE Profissão: Acompanhante: Nome do Conjugue: Local de Procedência: VIA URBANA Clínica: CIRURGIA GERAL Ocorrência: AUT. ENF. EMERSON RELATA QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESÃO + EDEMA + DOR EM MSE + MID SAM	
Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 2 - ATENDIMENTO DATA: 07/04/2019 HORA: 19:43 h Médico: Quixixa Principal / HDA:	
História do Trauma	
Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Enjôo/Emetico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/> Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Local de Impacto: Avião/Barco: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Transporte Realizado por: Quimioterapia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Prazo: Observações: Por que: Condições de mobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Observações:	
Exame Físico:	
A - Geral Via aérea está perfia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp: °C	
B - Respiratório Inhalando:	
C - Circulatório PA: mmHg P脉: ppm	
D - Exames Neurofisiológicos Glasgow: Abertura Ocular: Escala: 1-4 Deficiência motora: MSE <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: Icônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Glasgow: Resposta Vertebral: Escala: 1-4 Glasgow: Resposta Motora: Escala: 1-4 05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA 05.802.494/0001-41 DE SÍNCROS LTD 05.802.494/0001-41 09.157.719 75.500.000 Rua da Aurora, nº 175, S/N 502 BL C Rua da Aurora, nº 175, S/N 502 BL C Bica Vista - CEP: 50.060-010 Bica Vista - CEP: 50.060-010	
1 de 2	

E - Abdômen	
Diagnóstico Inicial:	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica:	
Exames Solicitados: 1 - Especializados:	
Resultado de Exames:	
Tratamento / Procedimentos:	
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	
Evolução de Enfermagem:	
Diagn. Definitivo:	
Definição do Caso:	
Condição de Alta:	
Internamento: <input type="checkbox"/> Cirurgia: <input type="checkbox"/> Óbito: <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido: <input type="checkbox"/> Evadiu-se: <input type="checkbox"/> Curado: <input type="checkbox"/> Melhorado: <input type="checkbox"/> Mortecido: <input type="checkbox"/> Piorado: <input type="checkbox"/>	
Informação do Serviço Social:	
Confirmação do Nome:	
Confirmação do Endereço:	
Províncias: Ata <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso: <input type="checkbox"/> Exames Externos: <input type="checkbox"/> Assist. Social:	
Observações:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico: CRM/CRO: Data: Hora:	
Termo de Responsabilidade Para Internamento -Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e/ou os exames complementares e transporte se forem necessários Data: Nome completo legível: N° da Identidade: Assinatura:	
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido: -Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir. Data: Nome completo legível: N° da Identidade: Assinatura:	
Cadastro: 21/08/2019 03:15 h. EDILENERS impressão: 21/08/2019 03:15 h. EDILENERS	



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 30/12/2019 09:47:19
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123009471927900000055084174>
 Número do documento: 1912300947192790000055084174

Num. 55989938 - Pág. 14

SINISTRO 3190522837 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO ADENILSON RODRIGUES DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 47984830444

Posição em 18-11-2019 11:24:29

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/10/2019	R\$ 3.543,75	R\$ 0,00	R\$ 3.543,75

