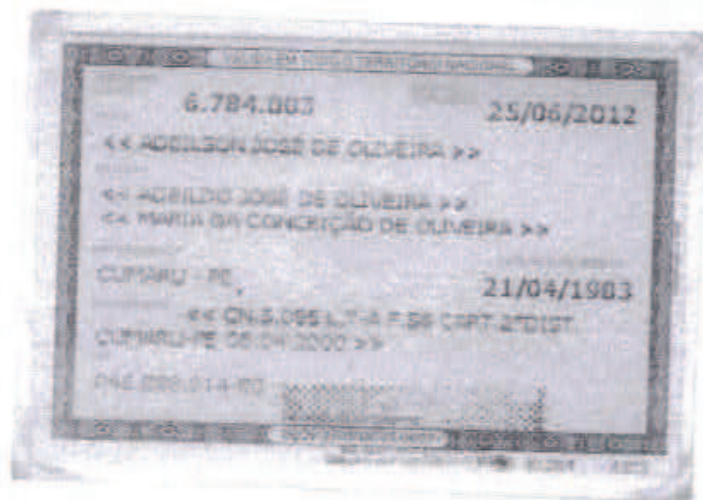




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014483565873
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
35176-13 1118719141 2019

ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

CARUARU-PE

045.888.914-80

PLACA REGISTRO 1118719141

PAS MOTOCICLOTA/MOTO-TAXI L400/GATCO

MARCA/MODELO YAMAHA/VERBIS FACTOR ED 2017 4017

DATA TESTE 28/10/2017 ALUGUEL VERMELHA

1 IPVA 2018 QUETADO

DATA IPVA 1

PREMIO ANUAL 00.11

SEM RESERVA

ROBERTO CARLOS HENRIQUE VENTURA

CARUARU 13/03/19

Roberto Carlos Henrique Ventura
Diretor Executiva DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014483565873 BILHETE DE SEGURO DPVAT
ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CARUARU-PE 2019 15/02/19

1 045.888.914-80 PCL3075

1118719141 YAMAHA/VERBIS FACTOR ED

2017 09 9C6RG3120H0022718

PRÊMIO TARIFÁRIO

SE 05 0.01 40.05

COTIZ DO BILHETE 0.15 0.32 84.58

DATA DE EMISSÃO 12/02/19

SEGURODORA LIDER - DPVAT

0001 00.015-0000001-04

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

IDENTIFICACAO DO SEGURADO

Nome: ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

Data de Nascimento: 27/09/1973

Data de Emissao: 15/02/2019

CPF: 045.888.914-80

Endereço: CARUARU-PE

Placa do Veículo: 1118719141

Modelo do Veículo: YAMAHA/VERBIS FACTOR ED

Valor do Seguro: 40.05

Valor do Bônus: 0.32

Valor Total: 84.58

Data de Validade: 12/02/2019

Assinatura do Segurado: [Assinatura]

Assinatura do Corretor: [Assinatura]

Carimbo do Corretor: [Carimbo]

Carimbo da Seguradora: [Carimbo]

Carimbo do Detran: [Carimbo]

Carimbo do IPR: [Carimbo]

Carimbo do IPI: [Carimbo]

Carimbo do IPTU: [Carimbo]

Carimbo do IPVA: [Carimbo]

Carimbo do ICMS: [Carimbo]

Carimbo do ITCMD: [Carimbo]

Carimbo do ITBI: [Carimbo]

Carimbo do ITR: [Carimbo]

Carimbo do ITRF: [Carimbo]

Carimbo do ITRM: [Carimbo]

Carimbo do ITRN: [Carimbo]

Carimbo do ITRP: [Carimbo]

Carimbo do ITRQ: [Carimbo]

Carimbo do ITRR: [Carimbo]

Carimbo do ITRS: [Carimbo]

Carimbo do ITRT: [Carimbo]

Carimbo do ITRU: [Carimbo]

Carimbo do ITRV: [Carimbo]

Carimbo do ITRW: [Carimbo]

Carimbo do ITRX: [Carimbo]

Carimbo do ITRY: [Carimbo]

Carimbo do ITRZ: [Carimbo]

Carimbo do ITRAA: [Carimbo]

Carimbo do ITRAB: [Carimbo]

Carimbo do ITRAC: [Carimbo]

Carimbo do ITRAD: [Carimbo]

Carimbo do ITRAE: [Carimbo]

Carimbo do ITRAF: [Carimbo]

Carimbo do ITRAG: [Carimbo]

Carimbo do ITRAH: [Carimbo]

Carimbo do ITRAI: [Carimbo]

Carimbo do ITRAJ: [Carimbo]

Carimbo do ITRAK: [Carimbo]

Carimbo do ITRAL: [Carimbo]

Carimbo do ITRAM: [Carimbo]

Carimbo do ITRAN: [Carimbo]

Carimbo do ITRAO: [Carimbo]

Carimbo do ITRAP: [Carimbo]

Carimbo do ITRAQ: [Carimbo]

Carimbo do ITRAR: [Carimbo]

Carimbo do ITRAS: [Carimbo]

Carimbo do ITRAT: [Carimbo]

Carimbo do ITRAU: [Carimbo]

Carimbo do ITRAV: [Carimbo]

Carimbo do ITRAW: [Carimbo]

Carimbo do ITRAX: [Carimbo]

Carimbo do ITRAY: [Carimbo]

Carimbo do ITRAZ: [Carimbo]

Carimbo do ITRAA: [Carimbo]

Carimbo do ITRAB: [Carimbo]

Carimbo do ITRAC: [Carimbo]

Carimbo do ITRAD: [Carimbo]

Carimbo do ITRAE: [Carimbo]

Carimbo do ITRAF: [Carimbo]

Carimbo do ITRAG: [Carimbo]

Carimbo do ITRAH: [Carimbo]

Carimbo do ITRAI: [Carimbo]

Carimbo do ITRAJ: [Carimbo]

Carimbo do ITRAK: [Carimbo]

Carimbo do ITRAL: [Carimbo]

Carimbo do ITRAM: [Carimbo]

Carimbo do ITRAN: [Carimbo]

Carimbo do ITRAO: [Carimbo]

Carimbo do ITRAP: [Carimbo]

Carimbo do ITRAQ: [Carimbo]

Carimbo do ITRAR: [Carimbo]

Carimbo do ITRAS: [Carimbo]

Carimbo do ITRAT: [Carimbo]

Carimbo do ITRAU: [Carimbo]

Carimbo do ITRAV: [Carimbo]

Carimbo do ITRAW: [Carimbo]

Carimbo do ITRAX: [Carimbo]

Carimbo do ITRAY: [Carimbo]

Carimbo do ITRAZ: [Carimbo]



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Adilson José de Oliveira, brasileiro, solteiro, metadezimista, RG: 6.784.003 505/PE e CPF: 043.888.954-80, residente na Rua Cícero Araújo da Silva, n.º 397, 1.º andar, Cidade Jardim, OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n.º 20.832 e portador do CPF sob o n.º 043.888.954-80, residente na Rua José de Alencar, n.º 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-lo 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.º 8.441/92.

Recife, 27.12.19

Adilson José de Oliveira
Outorgante

DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei n.º 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não pude arcar com as custas processuais, sem prejuízo próprios e de minha família.

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

Recife (PE), 27 de dezembro de 2019.

Adilson José de Oliveira



9.9708.1982
nd

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 089ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179001863

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 01/08/2019 às 15:53

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 25/7/2019 às 08:30

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA CLETO CAMPELO, 01 - Bairro: NOSSA SENHORA DAS DORES - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA**

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: , Pai: , Data de Nascimento: **1/1/1930**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA** Pai: **ADEILDO JOSE DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **21/4/1983** Naturalidade: **CUMARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6784603/SDS/PE (RG) 04588891480 (CPF) 02747559457 (CNH)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: **- 81991091530**

Endereço Residencial: **AVENIDA CICERO ARAUJO DA SILVA, 327, RUA CICERO ARAUJO DA SILVA, BAIRRO CIDADE JARDIM, 1º ANDAR, - CEP: 0 - Bairro: CEDRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYT0204 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA**, que estava em posse



do(a) Sr(a): **ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCL3075** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **111671314** Chassi: **9C6RG3120H0022718**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOD. YBR 150 CC,**

Complemento / Observação

ESCLARECE AVITIMA QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTO NA RUA CLETO CAMPELO NO CRUZAMENTO COM AV. AGAMENON MAGALHÃES, NO CENTRO DE CARUARU-PE., NÃO DEU PARA EVITAR UM ACIDENTE, UMA VEZ QUE UMA PESSOA DESCONHECIDA DE SEXO MASCULINO QUE CONDUZIA O AUTOMÓVEL DE CARACTERÍSTICAS ACIMA CITADAS, AVANÇOU O SINAL VERMELHO, TENDO COLIDIDO NO LADO DIREITO DO AUTOMÓVEL DO MESMO, TENDO CAÍDO, RESULTANDO SUA MOTO DANIFICADA E SUA PESSOA LESIONADA, TENDO SIDO SOCORRIDO PARA A UPA DO ESTADO DESTA CIDADE, ONDE FOI PONTEADO NO QUEIXO, ONDE APÓS OS PRIMEIROS SOCORROS FOI TRANSFERIDO PARA O HRA DE CARUARU-PE., ONDE PERMANECIU INTERNADO TRÊS DIAS DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO DA CIDADE DE BEZERROS-PE., ONDE FOI CIRURGIADO NO BRAÇO ESQUERDO; NÃO SABENDO SE O AUTOR DESCONHECIDO QUEM SOLICITOU A DESTRA E SAMU QUE CHEGARAM AO LOCAL NO MOMENTO, INCLUSIVE, O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL PERMANECIU NO LOCAL, ELE ESTAVA UTILIZANDO O FARDAMENTO E AUTOMÓVEL A SERVIÇO DA CELPE. OBS.: A VÍTIMA NO MOMENTO AINDA ESTAR EM RECUPERAÇÃO E NÃO APRESENTOU AINDA NENHUM DOCUMENTO DA UPA, DO HRA E HOSPITAL JESUS PEQUENINO. OBS.: NO LOCAL DO OCORRIDO HÁ CÂMERAS DE MONITORAMENTO.

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



ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ANTONIO DE PAULA** - Matrícula: **3849120**





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **ADEILSON JOSÉ DE OLIVEIRA** portador do CPF: 045.888.914-80 e RG: 6.784.003 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1907250062 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 25/07/2019 às 08h e 12min, no endereço RUA FREI CANECA, CENTRO, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO MOTO X CARRO tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para UPA ESTADUAL.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção

Caruaru, 06 de Agosto de 2019.

Paulo Antonio Coelho Castor
Paulo Antonio Coelho Castor

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 06/08/19

Adilson José de Oliveira
Adilson José de Oliveira





Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ANAMNESE

Paciente: ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

Atendimento: 01261838

Nome Social:

Data Nascimento: 21/04/1983

Idade: 36 Anos, 3 Meses e 4 Dias

Prontuário: 00125026

Sexo: Masculino

Senha N.º: 0039

Data e Hora: 25/07/2019 11:52h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISÃO DE MOTO E CARRO, COM SUSPEITA DE FRATURA EM PUNHO ESQ. SEM RELATO DE VÔMITO OU DESMAIO. LACERAÇÃO EM MENTO PROVAVEL. SULTURA.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEGA DM E HAS

VERIFICAÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A. Sistólica: PAS: 130 MMHG

P.A. Diastólica: PAD: 70 MMHG

Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

QPD / HDA:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO MOTO-CARRO) COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO HA 3 HORAS

Exame Físico:

DQR + EDEMA EM PUNHO ESQUERDO

Exames complementares:

RX PUNHO ESQUERDO EVIDENCIA FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

HD:

FRATURA DE RADIO DISTAL

Conduta:

TRANSFERENCIA PARA SERVIÇO DE REFERENCIA (HRA) - FRATURA COM INDICAÇÃO CIRURGICA

Evolução:

Dr. Túlio Porto

Ortopedia e Traumatologia

CRM/PE 4033

Ass. do Médico

Dr(a): TULIO PORTO FERREIRA

CRM - 24080

Rua José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP: 55025-530



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 23/12/2019 13:26:33

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122313263300300000055017115>

Número do documento: 19122313263300300000055017115

Num. 55922579 - Pág. 8



Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITAL AR

ANAMNESE

Paciente: **ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA**

Atendimento: 01261838

Nome Social:

Data Nascimento: 21/04/1983

Idade: 36 Anos, 3 Meses e 4 Dias

Prontuário: 00125026

Sexo: Masculino

Senha N.º: 0039

Data e Hora: 25/07/2019 09:23h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISÃO DE MOTO E CARRO, COM SUSPEITA DE FRATURA EM PUNHO ESQ. SEM RELATO DE VÔMITO OU DESMAIO. LACERAÇÃO EM MENTO PROVAVEL. SULTURA.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEGA DM E HAS

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A. Sistólica: PAS: 130 MMHG

P.A. Diastólica: PAD: 70 MMHG

Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

QPD / HDA:

pct vítima de colisão moto vs carro, apresenta laceração em mento + trauma de punho esq a/e

Exame Físico:

beg. cote, eupneico, corado, g15

ar e acv normal

Exames complementares:

HD:

politrauma

Conduta:

ao ortopedista

Evolução:

Dr. Johnatan Vilela
Médico
CRM: 25471

Ass. do Médico
Dr(a): JOHNATAN VILELA SOUZA
CRM - 025471

Av. José Marques Fontes, S/N
Bairro: Indianópolis - Cidade: Caruaru/PE - CEP: 55025-530



ANAMNESE

Paciente: **ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA**

Atendimento: 01261838

Nome Social:

Data Nascimento: 21/04/1983

Idade: 36 Anos, 3 Meses e 4 Dias

Prontuário: 00125026

Sexo: Masculino

Senha N.º: **0039**

Data e Hora: 25/07/2019 15:43h

CLASSIFICAÇÃO:

Queixa Principal: PACIENTE CONDUZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISÃO DE MOTO E CARRO, COM SUSPEITA DE FRATURA EM PUNHO ESQ. SEM RELATO DE VÔMITO OU DESMAIO. LACERAÇÃO EM MENTO PROVAVEL SULTURA.

Alergia:

Observação: NEGA ALERGIA

NEGA DM E HAS

AFERIÇÃO:

Peso:

Altura:

Temperatura:

P.A Sistólica: PAS: 130 MMHG

P.A Diastólica: PAD: 70 MMHG

Freq. Cardíaca: FC: 74 BPM

Freq. Respiratória: FR: 12 BPM

HGT:

OPD/HDA:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (COLISÃO MOTO-CARRO) COM TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO HA 3 HORAS

Exame Físico:

DOR + EDEMA EM PUNHO ESQUERDO

Exames complementares:

RX PUNHO ESQUERDO EVIDENCIA FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

HD:

FRATURA DE RADIO DISTAL

Conduta:

TRANSFERENCIA PARA SERVIÇO DE REFERENCIA (HRA) - FRATURA COM INDICAÇÃO CIRURGICA

Evolução:


Ass. do Médico
Dr(a): **CLEITON DOS ANJOS OLIVEIRA**
CRM - 20381



Nome: ADELBON JOSE DE OLIVEIRA
Data Nas: 21/04/1988 Idade: 36 Sexo: MASCULINO
CPF: 04688891481 RG: 8784003 Cor: PARDA Religião:
Endereço: RUA CICERO ARAUJO DA SILVA
Bairro: CIDADE JARDIM Cidade: CARLIARI
CER: 55024000 Fone: 881054211 Nº: 329
Nome da Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA Estado: PE
Acompanhante: Profissão: VIGILANTE
Motivo do Atendimento: ATT COM MOXOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data: 25/07/2018 16:21

Musico: MEDICO PLANTONISTA

Questões Principais / HDA:

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisoria	
------------------	--

Prescrição

Chen

Date:

Horário



40

[illegible]

() Paciente	() Familiar
--------------	--------------

Assessment

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

Assinatura

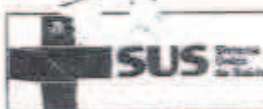
Destino do Paciente

Transferencia: Hospital de Base (Internamento)

Curado	Melhorado	Inalterado	Quito
--------	-----------	------------	-------

Usuário de Atendimento
SIMONESC





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA	6 - Número do Prontuário 76204			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 700404901710843	8 - Data Nascimento 21/04/1983	9 - Sexo FEMININO	10 - Raça/Cor 3	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA	12 - Telefone de Contato 81.91091630			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA CICERO ARAUJO DA SILVA, 327 () - CIDADE JARDIM				
16 - Município de residência CARUARU	17 - Cod. IBGE município 2604106	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos
Queda de moto evoluindo com
trauma em membro esquerdo.

21 - Condições que justificam a internação
cirurgia

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)
Rx + Ex clínicos.

23 - Diagnóstico Inicial Fr. Rádio distal (E)	24 - CID 10 Principal 5525	25 - CID 10 Sec. 09 08 01 050	26 - CID 10 Causas associadas 09 08 01 050
PROCEDIMENTO SOLICITADO 09 08 01 050			

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
Intervenção

29 - Clínica Ortopedia	30 - Caracter de Internação Internação	31 - Documento () CNS (X) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante 06094041452
---------------------------	---	-----------------------------------	--

33 - Nome do Profissional Solicitante Victor Soares	34 - Data da solicitação 21/04/19	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro profissional) Médico CRM-PE: 28273
--	--------------------------------------	---

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBO
38 - () Acidente de Trabalho atípico	45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	Prefeitura Municipal de Bezerro Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261910546239-1
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

Conferido Com Documento

Original Bezerro PE 26/11/19
Hospital Jesus Pequeno José Loureiro dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150

Prefeitura Municipal de Bezerro
Secretaria Municipal de Saúde
Dr. Mauricio Cabral da Silva
CRM Nº 23.499
Médico Autorizador



HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_03 - LEITO-03
 Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 552607	Data: 28/07/2019	Hora: 9:29	Recap.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Convênio: SES - ORTOPEDIA			Matrícula: 700404901710843
Responsável: DR. VICTOR SOARES G. DA SILVA			Identidade: 6784003
			Cartão SUS: 700404901710843

Paciente: 76204 ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA	Sexo: FEMININO	Cor: MORENO
Nascimento: 21/04/1983 - 36 Anos e 3 Meses	Est. Civil:	
Endereço: RUA CICERO ARAUJO DA SILVA, 327	C.P.F.: 045.886.914-80	
Bairro: CIDADE JARDIM	Identidade: 6784003	SDS PE
IBGE/Cidade: 2604108 CARUARU	UF: PE	
Pa: ADEILDO JOSE DE OLIVEIRA	Telefone: 81.91091630	
Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA	G. Instrução:	
Nacionalidade: BRASIL	Ocupação:	
	Naturalidade: CUMARU	

Obs.: SENHA ORT. 601664

Queixa do Paciente: trauma punho (E)
por um punho (E)

H.D.A.: trauma em punho (E) após queda
de moto.

Exame Físico: EG bom

H.D.: rx rádio distal (E).

Tratamento: (1) Analgesia + Ag cirurgia

Bezerros, 28 de julho de 2019

João Leão dos Santos
 Assessoria Social
 Conferido Com Documento
 Original Bezerros PE 26/07/19
 Hospital Jesus Pequenin

Paciente Necessita de Acompanhante
Dr. Victor Soares
 Médico
 CRM-PE 22273
Simone
 Acompanhante

Dr. Victor Soares
 Médico
 CRM-PE 22273
 Assinatura e Carimbo do Médico



HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_03 - LEITO-0
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 552607 Data: 28/07/2019 Hora: 9:29
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. VICTOR SOARES G. DA SILVA

Recepç.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matrícula: 700404901710843
Identidade:
Cartão SUS: 700404901710843

Paciente: 76204 ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA
Nascimento: 21/04/1983 - 36 Anos e 3 Meses
Endereço: RUA CICERO ARAUJO DA SILVA, 327
Bairro: CIDADE JARDIM
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU
País: ADEILDO JOSE DE OLIVEIRA
Mãe: MARIA DA CONCEICAO DE OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

Sexo: FEMININO Cor: MORENO
Est. Civil:
C.P.F.: 045.858.914-80
Identidade: 6784003 SDS PE
Telefone: 81.91091630
G. Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: CUMARU

Recepcionista:

Motivo Alta: () Curado ☒ Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 h
() Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 28/07/19

Médico:

Assinatura / CRM

João Manoel V. Costa
Trombato-Ortopedia
CRM-PE 5589

Observação

28/07/19
Tratando com
v. p. r.
João Manoel V. Costa
Trombato-Ortopedia
CRM-PE 5589

Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: Fratura com

contusão na região, etc

Diagnóstico Definitivo:

João Manoel V. Costa
Trombato-Ortopedia
CRM-PE 5589

Diagnóstico Secundário:

Óbito

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

João Manoel V. Costa
Trombato-Ortopedia
CRM-PE 5589

Conferido Com Documento
Orinal Bezerra PE 26/07/19
Hospital Jesus Pequeno

José Lourivaldo dos Santos
Assistente Social
CRESS 10150



EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA: 28/07/19 ENF.: _____
NOME: Adilson José de Oliveira IDADE: _____ Admissão: ____/____/____

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura de Punho "E"

ANTIBIÓTICOS: Ø

SSVV: PA: ☒ NORMOT. () HIPERT. () HIPOT. TEMP.: ☒ NORMAL () EPISÓDIO DE FEBRE _____

HGT: _____ ALERGIA: ☒ NÃO () SIM _____

NUTRIÇÃO: () VO () SNE () SNG () NPT () GTT () Zero ACESSO VENOSO: () NÃO ☒ PERIF. () CENTRAL _____

EVACUAÇÕES: ☒ Sim () Não _____ DIAS DIURESE: ☒ Sim () Não _____

ÚLCERA DE PRESSÃO: () SIM ☒ NÃO PROFILAXIA TVP: () Sim ☒ Não

QUEIXAS: Ø

EXAME FÍSICO:

General: ☒ EG BOM () EG REGULAR () EG RUIM () EG GRAVISSIMO ☒ CONSCIENTE () INCONSCIENTE
() FEBRIL ☒ AFEBRIL ☒ NORMOCORADO () HIPOCORADO ☒ HIDRATADO () DESIDRATADO
() XANICTÉRICO () ICTÉRICO ☒ EUPNEICO () DISPNEICO
() ALTERAÇÕES: _____

Glasgow ____ + ____ + ____ = ____ PA: _____ FC: _____ Sat: _____ FR: _____

Ventilação: ☒ AR AMBIENTE () O2 / () CATETER () VENTURI ____ % ____ L/min () TRAQUEOSTOMO

Cardiovascular: ☒ RCR EM 2T; BNF S/SOPROS. () ALTERAÇÕES: _____

Respiratório: ☒ MV+ EM AHT S/RA. () ALTERAÇÕES: _____

Abdome: ☒ PLANO; () SEMIGLOBOSO; () GLOBOSO; () DOLOR A PALPAÇÃO SEM VMG; RHA ☒

() ALTERAÇÕES: _____

Membros: ☒ SEM EDEMA () COM EDEMA _____ PERFUSÃO PERIF.: ☒

() ALTERAÇÕES: _____

IMPRESSÃO E CONDUTA:

Admissão

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 28/07/19
Hospital Jesus Pequenininho

José Lourenço dos Santos
Assistente Social
CRESS 1060

Victor Soares
Médico
CRM-PE: 25273



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA	NÚMERO DO REGISTRO
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA BLOQUEIO EM PLEXOBRACHIAL	DR. PRISCILA AMORIM
DATA DA OPERAÇÃO 29/07/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA METAFISÁRIA DISTAL DE OSSOS DO ANTEBRACO ESQUERDO + DESBRIDAMENTO + NEURÓLISE	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + NEURÓLISE + DESBRIDAMENTO	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
CAMPO CIRÚRGICO COM POLYDINE. REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA DE RÁDIO COM REDUÇÃO CRUENTA DA MESMA COM POSTERIOR FIXAÇÃO COM 03 FIOS DE KIRSCHNER SOBRE IMAGEM RADIOGRÁFICA. UTILIZAMOS O FIO TRANSVERSO EM NÍVEL DE FRATURA DISTAL RÁDIO UNAR PARA CONSTRUÇÃO CAPSULIGAMENTAR DA REFERIDA ARTICULAÇÃO. DESBRIDAMENTO + NEURÓLISE. LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E APARELHO GESSADO AXILOPALMAR	

João Marilton
Ortopedista
CRM 5980

Conferido Com Documento José Lourinaldo dos Santos
Original Bezerra PE 2019 Assistente Social
Hospital Jesus Pequeno CRESS 00150





HOSPITAL
DE REFERÊNCIA DE PERNAMBUCO

NOME: Adriana Pereira de Oliveira

REG.: 76204

DATA DE NASCIMENTO: 27 10 1983

DATA DA CIRURGIA: 27 04 2019

DIAGNÓSTICO: Fratura com deslocamento
úmero, nível - C6 5.526

TRATAMENTO: Colar e gesso - fixação

12 08 19 6005

MOTIVO DO RETORNO: Dr. Exame e prescrição
de um novo gesso para fixar
o 90 dia

COELHO CASTOR
MÉDICO
CRM-PE 5990



SINISTRO 3190667114 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO ADEILSON JOSE DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 04588891480

Posição em 14-12-2019 10:00:09

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
10/12/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

