

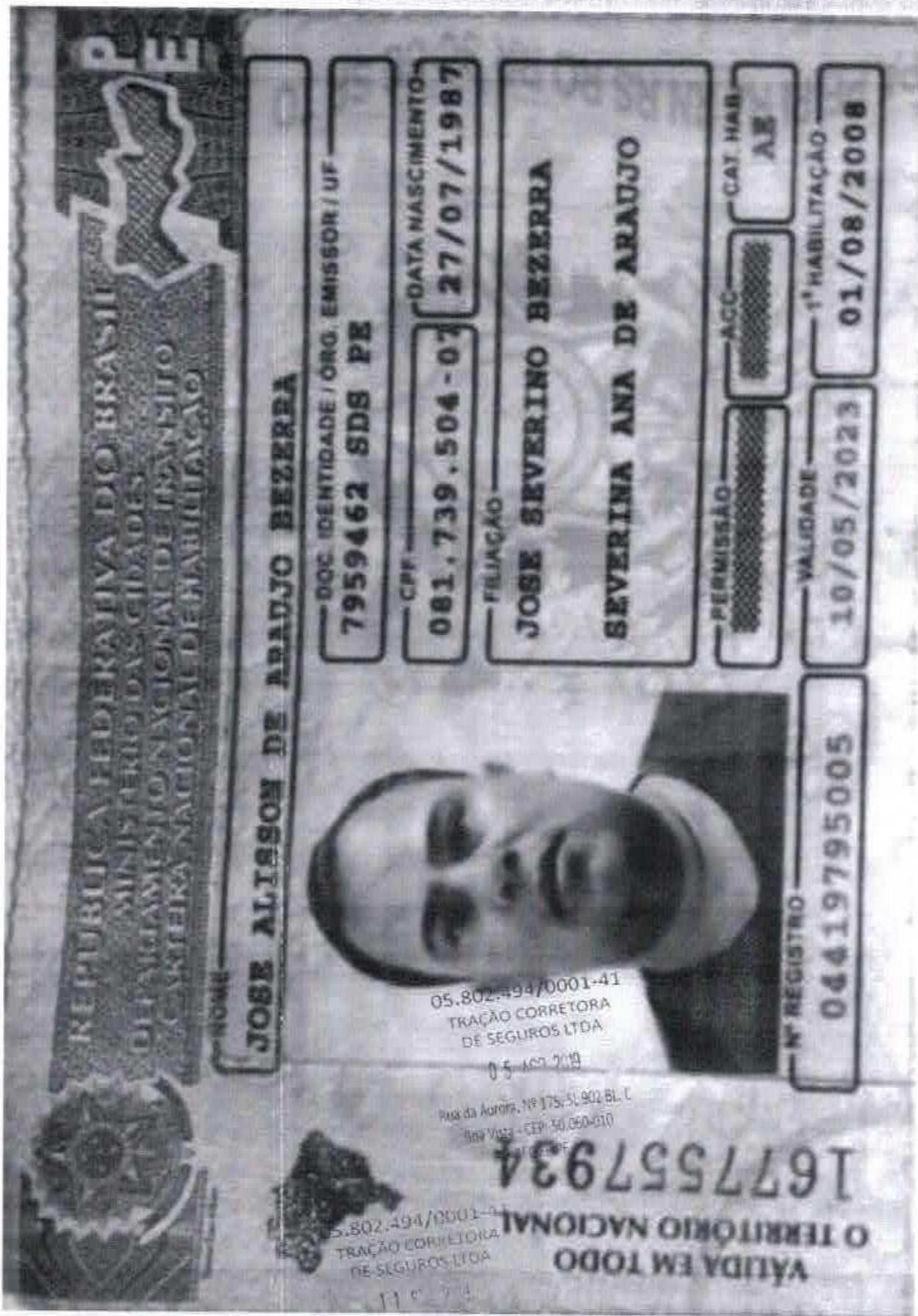


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/01/2020 11:46:06  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012811460594100000056105558>  
Número do documento: 20012811460594100000056105558

Num. 57036926 - Pág. 1



Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/01/2020 11:46:06  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012811460594100000056105558  
Número do documento: 20012811460594100000056105558

Num. 57036926 - Pág. 2

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1395326478

**IMPRIMIR**

**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO  
AV. JOSÉ DE BARROS, 111 BOA VISTA.  
RECIFE - PERNAMBUCO  
CEP: 50050-902  
CNPJ: 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810156  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvintes: 0800 282 5595  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco - ARPE: 0800 727 0167.  
Ligação Grátis de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167.  
Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE: SEVERINA ANA DE ARAUJO	DATA DE VENCIMENTO <b>22/07/2019</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 15/07/2019	CONTA CONTRATO <b>7013777416</b>
ENDERECO FV OSCAR EUGENIO 62 -CENTRO/CAMOCIM DE SAO FELIX -55665-000 CAMOCIM DE SAO FELIX PE -	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 47,23</b>	DATA DA APRESENTAÇÃO 15/07/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 13/06/2019 a 15/07/2019	CONSUMO 26	ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	<b>VIA PARA PAGAMENTO</b>		

Destaque aqui:

CONTA CONTRATO 7013777416	MÊS/ANO 07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 47,23	VENCIMENTO 22/07/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este cantoão será usado em leitora ótica.
538200000002 472300110076 013777416109 140476287630				



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA.

11/07/2019

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

RECIFE-PE

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Jose Alisson de Araujo Bezerra, brasileiro, casado, profissional, RG: 7.959.462 S051PE e CPF: 081.739.504-07, residente na TV Ocean Eugênio, nº 69, Centro, Camacim de São Félix /PE.  
**OUTORGADO:** PAULO ANTONIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 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 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-as, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda estabelecer 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, 17.01.20

*Jose Alisson de Araujo Bezerra.*  
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.

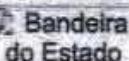
Recife (PE), 17 de 01 de 2020.

*Jr Alisson de Araujo Byrne*



09/07/2019

Bolema de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC  
DINTER1/14ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0190000377

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/07/2019** às **12:04**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **2/6/2019** às **22:25**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 1, PE 103 - Bairro: DO CAMPO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **NA ESTRADA O BAR DA CURVA SENTIDO CIDADE DE BONITO**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoas envolvidas na ocorrência:

DERRAPAGEM (AUTOR / AGENTE)  
AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA (OUTRO)  
JOSÉ ALISSON DE ARAUJO BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

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

**JOSÉ ALISSON DE ARAUJO BEZERRA** (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **SEVERINO ANA DE ARAUJO** Pai: **JOSÉ SEVERINO BEZERRA** Data de Nascimento: **27/7/1987** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7959462/SDS/PE (RG)**, **DB173950407 (CPF)**, **04419795005 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **FRENTISTA**  
Endereço Residencial: **RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS, 62 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

**AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **SEVERINA ANA ARAUJO** Pai: **JOSÉ SEVERINO BEZERRA** Data de Nascimento: **20/5/1992** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8530627/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)**  
Endereço Residencial: **RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS, 62 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **AIZA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ALISSON DE ARAUJO BEZERRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CORSA** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**  
Placa: **KKG9710** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **614088449** Chassi: **9BGXF19X04C131703**  
Ano Fabricação/Modelo: **2003/2004** Combustível: **GASOLINA**

file:///C:/Users/Policia civil/infopol/xml/BOEPreview.html

Scanned by CamScanner



## Complemento / Observação

INFORMOU O NOTICIANTE QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE VEICULO QUANTO TRAFEGAVA NA ESTRADA ESTADUAL PE 103 PILOTANDO O VEICULO SENTIDO BONITO/CAMOCIM, QUANDO DERREPENTE DERRAPOL NA PISTA PERDENDO O CONTROLE DA DIREÇÃO CHEGANDO A CAPOTÁ E DESCENDO NA RIBANCEIRA. ADIANTA QUE POPULARES QUE PASSARAM NO LOCAL SOLICITARAM A SAMU, QUE RESGATOU O MESMO LEVANDO PARA O HOSPITAL MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO NA CIDADE DE CAMOCIM DE SÃO FELIX. FICANDO SOBRE O REGISTRO 105011, E SOBRE OS CUIDADO DO MEDICO DE PLANTÃO DR. SÉRGIO MENDONÇA CRM/PE 27.935, QUE CONSTATOU TRAUMA TORAX, QUE FOI TRANSFERIDO DE IMEDIATO PARA O RECIFE HOSPITAL GERTUILHO VARGAS E ATENDIDO SOBRE O REGISTRO 1121373, FICANDO SOBRE A COSTODIA DO DR. IRWINS EMANUEL CRM 27918. SEM MAIS PELO EXPOSTO FEZ CIENCIA A ESTA AUTORIDADE POLICIA.

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

*X José Alisson de Araujo Bezerra*

JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

(VITIMA)

*X Alissa Rafaela de Araujo Bezerra*

ALISA RAFAELA DE ARAUJO BEZERRA

(OUTRO)

B.O. registrado por: IVANILDO AIRES DE ALBUQUERQUE - Matrícula: 381.127-1



05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

05.802.494/0001-41

Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

11.551.239

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





Unidade Mista Nossa Senhora do Bom Parto  
Secretaria Municipal de Saúde



Identificação	Médico Regulador <i>01 7004</i>	TAREFAS				Operador de Fone <i>1450</i>
	Data <i>01-06-19</i>	Hora <i>22:25</i>	ID <i>0593</i>	Nº ocorrência <i>02</i>	Unidade Móvel <i>71503</i>	Base de atend. <i>Camocim</i>
	Endereço da ocorrência <i>Rua 123</i>					Nº
	Bairro <i>Santuário</i>					
	Ponto de referência <i>Larim da Praia do Pau</i>					
	Nome da vítima <i>José Alves de Souza</i>					Móbil Sena <i>21 98111-8888</i>
Solicitante / Fone					Certidão de nascimento - SUS	
Queixa <i>Gastrite</i>						
Consultação	Saída via base <i>22:25</i>	Chegada no local <i>22:25</i>	Saída do local <i>22:25</i>	Chegada ao destino <i>22:25</i>	Saída do destino <i>22:25</i>	
Chegada ao fone						

<input type="checkbox"/> Transferência ( senha ): _____	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Convulsões					
<input type="checkbox"/> Tipo de Agrevo: Acidente Trânsito	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Dolor					
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor					
<input type="checkbox"/> Condutor de veículo	<input type="checkbox"/> Dor crônico	<input type="checkbox"/> Dor crônica					
<input type="checkbox"/> Passageiro de veículo	<input type="checkbox"/> Dor intensa	<input type="checkbox"/> Dor intensa					
<input type="checkbox"/> Agredido	<input type="checkbox"/> Dor intensa constante	<input type="checkbox"/> Dor intensa constante					
<input type="checkbox"/> Cidado	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente					
<input type="checkbox"/> Deslocamento / Solteirão	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante					
Antecedentes:	<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante					
<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Dolor	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante					
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante					
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Dor crônica constante	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante					
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Dor intensa constante	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante					
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Dor intensa constante	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante					
Exame Clínico:	<input type="checkbox"/> Dor intensa constante	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante					
Principais sistemas / Queixas	<input type="checkbox"/> Dor intensa constante	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante					
<input type="checkbox"/> Agitação/agressividade	<input type="checkbox"/> Dor intensa constante	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante					
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Dor intensa constante	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante					
<input type="checkbox"/> Análisis de pulso	<input type="checkbox"/> Dor intensa constante	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante					
<input type="checkbox"/> Classes	<input type="checkbox"/> Dor intensa constante	<input type="checkbox"/> Dor intensa permanente constante					
Início dos Sintomas:	<input checked="" type="checkbox"/> Menos de 1 hora	<input type="checkbox"/> 1 a 3 horas	<input type="checkbox"/> Mais de 4 horas	<input type="checkbox"/> Mais de 24 horas	<input type="checkbox"/> Não souber		
Dados Vitais:							
Horas	PA	P脉	PR	Tensão Arterial	Clínica	Saturação O <sub>2</sub> %	Escala de Glasgow
Inicio:	<i>14:50</i>	<i>105</i>	<i>20</i>		<i>103</i>	<i>98</i>	<i>15</i>
Fim:							

<b>RESPIRAÇÃO:</b>						
Via Aérea:						
<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Respiração/Ventilação:		<input type="checkbox"/> Ausculta:		<input type="checkbox"/> Exames:	
<input type="checkbox"/> Oclusão Parcial	<input type="checkbox"/> Espontânea		<input type="checkbox"/> Auscultação		<input type="checkbox"/> Radiografia	
<input type="checkbox"/> Total	<input type="checkbox"/> Força Respiratória		<input type="checkbox"/> Ausculta		<input type="checkbox"/> Radiografia	
<input type="checkbox"/> Corpo Estranho	<input type="checkbox"/> Auscultar		<input type="checkbox"/> Ritmo Irregular		<input type="checkbox"/> Radiografia	
<input type="checkbox"/> Broncos Aspiração	<input type="checkbox"/> Auscultar		<input type="checkbox"/> Auscultação MV		<input type="checkbox"/> Radiografia	
<input type="checkbox"/> Edema de Glote	<input type="checkbox"/> Auscultar		<input type="checkbox"/> Auscultação MV		<input type="checkbox"/> Radiografia	
<b>ORO:</b>						
Achados:	<input type="checkbox"/> Crepitante	<input type="checkbox"/> Edema Subcutâneo	<input type="checkbox"/> Auscultação normal	<input type="checkbox"/> Auscultação anormal	<input type="checkbox"/> Auscultação auscultada	<input type="checkbox"/> Auscultação auscultada
<b>CIRCULAÇÃO:</b>						
Pele:	<input type="checkbox"/> Clara	<input type="checkbox"/> Úcida	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> Auscultar	<input type="checkbox"/> Auscultar
Edema:	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Palpebral	<input type="checkbox"/> M. inferiores	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Auscultar	<input type="checkbox"/> Auscultar
Perfusão:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Restaurado	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Auscultar	<input type="checkbox"/> Auscultar
Pulse:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Fixo	<input type="checkbox"/> Claro	<input type="checkbox"/> Auscultar	<input type="checkbox"/> Auscultar
Auscultar:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipofonia	<input type="checkbox"/> Auscultar	<input type="checkbox"/> Auscultar	<input type="checkbox"/> Auscultar	<input type="checkbox"/> Auscultar
ECG:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterada	<input type="checkbox"/> N. realizada	<input type="checkbox"/> Auscultar	<input type="checkbox"/> Auscultar	<input type="checkbox"/> Auscultar

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Scanned by CamScanner

Principais Lesões	Cefalo	Facr	Pescoco	Dorsos	Tórax	Abdômen	Pélvis	MS		MT	
								E	D	E	D
Ampulheta											
Contusão											
Exsangueação											
Extremidades											
Perfurante											
Perfurante											
Contusão											
Fris. Fechada											
Fris. Aberta											
Lacerção											
Luxação											
Quimaduras %											

**OBSERVAÇÕES:**

*União de 2 feridas  
1º contuso na face  
2º de contusão  
Face com sangramento  
Face com sangramento  
Face com sangramento  
Face com sangramento*

**EXAME NEUROLÓGICO:**

- Agitação
- Sensibilidade
- Coxa
- Confusão
- Convulsão
- Hemorragia Direita
- Hemorragia Esquerda
- Sinal Battle Direito
- Sinal Battle Esquerdo
- Sinal de Gavazino Direito
- Sinal de Gavazino Esquerdo
- Rígidos da Naus
- Afasia

- Miase Direita
- Miase Esquerda
- Hidrocele Direita
- Hidrocele Esquerda
- Parafísico
- Parésia
- Anorexia

- Parétesis
- Acrefíbia
- Pupilas responde
- Pupilas não responde
- Outras:

**SEGMENTOS:**

- Perceção
- Dolor Tronco
- Normal
- Turgescência Jugular
- Extensão Subcostal
- Outros:

- Abdômen:
- Distensão
- Ausc.
- Edematoso / Doloroso
- Díspneosegálio
- Hipospasmo
- Circulação peritoneal
- Normal
- Outros:

- Urogenital:
- Andro
- Glande Direito
- Glande Esquerdo
- Dimidiatório
- Outros:

**GINECO-OBSTÉTRICO:**

- Abertura:  Hemorragia vaginal
- Normal
- Outros:
- Trabalho de parto:  01 cont/10m
- 1-3 cont/10m
- 3-5 cont/10m
- Belas rata
- Sangramento
- APGAR: \_\_\_\_\_
- Nasimento
- Períteio
- Gengiva
- Líquido Mucoso:

**PROCEDIMENTOS:**

- Desobstrução Vias Aéreas
- Extubação Nasotracheal
- Câncis Otorrinolaringo
- Cristotripostomia
- Ventilação Mecânica Ambu.
- Respirador
- Inalação O2
- Toracocentese c/ Agulha Direita
- Toracocentese c/ agulha esquerda
- Drrenagem Torácica Direita
- Drrenagem Torácica Esquerda
- Massagem Cardíaca Externa
- Desfibrilação/Cardioparada
- Captura Hemorragia
- Cervato
- Fissão Vena Periférica
- Puncão Vena Central
- Sonda Gástrica
- Sonda Vesical
- Sedação
- Imobilização Mambras
- Colar Cervical
- Tique/Tração
- Extracção Otorrinolaringo
- Traqueostomia
- Monitorização Cardíaca / Oximetria
- Outros

**Diagnósticos:**
**TERAPÉUTICA:**

Respondo voluntaria	Nome	Medicamentos	Dosis	Vias	Habaria
Blago lactado					
Sel. Antibiotico 0,9%					
Sel. Glucosado 0,5%					
Outros					

**DESTINO:**

UNIDADE HOSPITALAR: *UNIVERSITÁRIO*

MUNICÍPIO: *Pontalina*

**INTERCORRÊNCIA:**
**PERFECIONAMENTO DO PACIENTE:**

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura no receptor

**EQUIPE:**

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Agn. / Téc. de Enferm.	Copiloto
<i>Dr. J. L. J.</i>		<i>J. L. J.</i>	<i>W. C.</i>

**TERMO DE RECUSA:**

Declaro para todos os fins que fiz uso recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: *05.802.494/0001-41*

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

COO. 146 - Centro Line (31) 3728-6208

11/01/2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 912-B

Bon Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE

Scanned by CamScanner



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA NOSSA SENHORA DO BOM PARTO  
LAUDO DE TRANSPORTE DE PACIENTES

Nome do Paciente:	<i>Jonilson da Silva Bezerra</i>	
Quadro Clínico:	<i>Paciente com d. coagulante de 10000 U. I. hora. Pac. N.º 10000 de MHSS</i>	
Diagnóstico:	<i>R. d. inestagado</i>	
Auxiliar Responsável:	<i>Dr. J. S. Bezerra</i>	COREN:

## REMOÇÃO

Destino:	Município:	Hora de saída:
<i>Adm. Reg. de Aracaju</i>	<i>Caruaru</i>	<i>02/06/19</i>
Hora de Chegada:		
Motivo (Registro detalhado):  <i>Unidade Prestadora de Atendimento</i>		
Médico Assistente (Assinatura):	Nº do CRM:	Data:
Local:		Data:
Médico que atendeu o paciente:	Nº do CRM:	Hora:

## REMOÇÃO

Destino:	Município:	Hora de saída:
		<i>05.802.494/0001-41</i>
Hora de Chegada:		
Motivo (Registro detalhado):  <i>Unidade Prestadora de Atendimento</i>		
Médico Assistente (Assinatura):	Nº do CRM:	Data:
Local:		Data:
Médico que atendeu o paciente:	Nº do CRM:	Hora:
Unidade Prestadora do Atendimento:	Município:	<i>05.802.494/0001-41</i>
Especificação do atendimento prestado:  <i>TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA</i>		
Assinatura do Responsável:	Nº do CRM:	<i>11 SET 2019</i>

*05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
05 MAI 2019  
Av. da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE*

**HOSPITAL GETULIO VARGAS**  
**EMERGÊNCIA**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: JOH ALISSON DE ARAUJO BEZERRA  
Data Nasc.: 27/07/1987 Idade: 31 Sexo: MASCULINO Cor: CIN  
CPF: 08173860407 RG: 7659462  
Endereço: RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS Nº: 62  
Bairro: CENTRO Cidade: CAMOCIM DE SAO FELIX Estado: PE  
CEP: 56560000 Fone: 98831403 Profissão:  
Nome da Mãe: SEVERINA ANA DE ARAUJO  
Acompanhante: RAFAELA  
Nome do Conjugue:  
Local de Procedência: AMBULATORIO  
Unidade Clínica: CHURGIA GERAL  
Motivador: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM 02/08/2018 FRATURA DE UMERO E O PUNHO D'EVOLU COM SOR TORACICA

Identificação do Trabalho: Sim  Não   
**ATENDIMENTO** DATA: 28/08/2018 HORA: 09:32 N. Médico:  
 Dados Principais/HDA: Paciente com Histórico de Carcinomatose no dia 02/08/2018 com fratura e luxação de ombro esquerdo e Fratura de punho direito. Evolução de 5 dias com dor/painel associado aos pulmões estofados, associado a dor torácica. Necessita: Necessita de oxigênio e outras justificativas para internação.

Historia do Trauma  
 Perda de Consciência: Sim  Não  Episódio Enérgico: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não   
 Identificação do Trabalho: Sim  Não  Tipo: Motorista:  Passageiro:   
 Local: Sim  Não  Local de Impacto:  
 vítima de Ferimento: Sim  Não  Tipo: Sofreu Queda: Sim  Não  Altura: m  
 Encamada: Sim  Não  Por: Transporte Realizado por:  
 Condicoes de imobilização adequadas: Sim  Não  Por que:

Observações:

Exame Físico:  
 Geral: Via aérea está seca Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp: °C  
 ECG: CONCENTRADO, ORIENTADO, ANGOTRAN, AVANTRATO, NO/NO CORRETO, UDR/STAB, DISPARADO.  
 Respiratório: MVT em 24L, DRCG, ABGLD 30 cm H2O IMPENSA 1200 ml, STO 17 50/2 491 com cat. 02  
 Circulatório: PA 150 x 100 mmHg Pulo 85 bpm  
 BUL: 21, BNP: 515

Exames Neurológicos: Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocônicas  Anisocônicas  
 Glasgow: Abertura Ocular: Escala: 4 Hora: 9:45 Resposta Verbal: Escala: 5 Hora: 9:45 Resposta Motora: Escala: 6 Hora: 9:45

05.802.494/0001-41  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 05.101.719  
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
 Boa Vista - CEP: 56300-010  
 05/08/2018

Scanned by CamScanner

**EMERGENCIA**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: JOH ALISSON DE ARAUJO BEZERRA  
Data Nasc.: 27/07/1987 Idade: 31 Sexo: MASCULINO Cor: CIN  
CPF: 08173860407 RG: 7659462  
Endereço: RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS Nº: 62  
Bairro: CENTRO Cidade: CAMOCIM DE SAO FELIX Estado: PE  
CEP: 56560000 Fone: 98831403 Profissão:  
Nome da Mãe: SEVERINA ANA DE ARAUJO  
Acompanhante: RAFAELA  
Nome do Conjugue:  
Local de Procedência: AMBULATORIO  
Unidade Clínica: CHURGIA GERAL  
Motivador: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM 02/08/2018 FRATURA DE UMERO E O PUNHO D'EVOLU COM SOR TORACICA

Identificação do Trabalho: Sim  Não   
**ATENDIMENTO** DATA: 28/08/2018 HORA: 09:32 N. Médico:  
 Dados Principais/HDA: Paciente com Histórico de Carcinomatose no dia 02/08/2018 com fratura e luxação de ombro esquerdo e Fratura de punho direito. Evolução de 5 dias com dor/painel associado aos pulmões estofados, associado a dor torácica. Necessita: Necessita de oxigênio e outras justificativas para internação.

Historia do Trauma  
 Perda de Consciência: Sim  Não  Episódio Enérgico: Sim  Não  Acidente de Trabalho: Sim  Não   
 Identificação do Trabalho: Sim  Não  Tipo: Motorista:  Passageiro:   
 Local: Sim  Não  Local de Impacto:  
 vítima de Ferimento: Sim  Não  Tipo: Sofreu Queda: Sim  Não  Altura: m  
 Encamada: Sim  Não  Por: Transporte Realizado por:  
 Condicoes de imobilização adequadas: Sim  Não  Por que:

Observações:

Exame Físico:  
 A: Geral: Via aérea está seca Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp: °C  
 ECG: CONCENTRADO, ORIENTADO, ANGOTRAN, AVANTRATO, NO/NO CORRETO, UDR/STAB, DISPARADO.  
 B: Respiratório: MVT em 24L, DRCG, ABGLD 30 cm H2O IMPENSA 1200 ml, STO 17 50/2 491 com cat. 02  
 Circulatório: PA 150 x 100 mmHg Pulo 85 bpm  
 BUL: 21, BNP: 515

Exames Neurológicos: Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocônicas  Anisocônicas  
 Glasgow: Abertura Ocular: Escala: 4 Hora: 9:45 Resposta Verbal: Escala: 5 Hora: 9:45 Resposta Motora: Escala: 6 Hora: 9:45

05.802.494/0001-41  
 TRAÇÃO CORRETORA  
 DE SEGUROS LTDA  
 05.101.719  
 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
 Boa Vista - CEP: 56300-010  
 05/08/2018

Scanned by CamScanner



 <b>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco</b> <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		<b>Torne</b> <b>SUMÁRIO DE ALTA</b>	
NOME: <i>Tarcísio Alves da Costa</i>		CARTÃO SUS:	
NOME DA MÃE:			
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <i>133702</i>
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:
SEXO: F: <input type="checkbox"/> M: <input checked="" type="checkbox"/>			
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>Luxação gleno humeral C + cat. luxo rotula</i>			
COMORBIDADE			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>A.I. - luxo rotula</i>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <i>07/02/19</i>		DATA DA ALTA: <i>08/02/19</i>	
DIAS DE INTERNAÇÃO:			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	
1	CIRURGÃO	<i>DR. S. L. G.</i>	
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESTISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/>	HEMODIÁLISE
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/>	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>	USO DE OXIGÊNIO
<input type="checkbox"/>	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)			
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPEUTICOS REALIZADOS			
<i>POJ transito de humor</i>		<i>05.802.494/0001-41</i>	
<i>na evolução favorável</i>		TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:		<i>05.802.494/0001-41</i>	
CONDICOES CLÍNICAS NA ALTA:		Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL 1 Boa Vista - CEP: 50.060-010	
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADG <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS		ÓBTO:	RECIFE-PE <input type="checkbox"/> MBL <input type="checkbox"/> SVU <input type="checkbox"/> SD:
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
DATA: <i>11/02/2019</i>		MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRÉDITO	
05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA		<i>[Assinatura]</i>	
Avenida General San Martin - Centro Recife-PE - CEP: 50.050-000 Fone: 0800.81.31845500			
HRV 1010 V.1.2018.			
RUA DA AURORA, Nº 175, SL 902 BL 1 BOA VISTA - CEP: 50.060-010 RECIFE-PE			

Scanned by CamScanner



CONSULTA	0301010170	RAIO X	
GLOBULINA	0202080209	ANTEBRAÇO	0204040019
AC.URICO	0202010120	ABDOMEN SIMPLES AP	0204050136
ALBUMINA	0202010527	ABDOMEN AP+LATERAL	0204050111
		BACIA	0204060095
BILIRRUBINA	0202010201	BRAÇO	0204040051
CÁLCIO	0202010210	COTOVELO	0204040078
CLORETO	0202010260	CALCÂNEO	0204060108
COLESTEROL	0202010295	COLUNA CERVICAL	0204020034
CREATININA	0202010317	CRANIO PA+LATERAL	0204010080
CULTURA GERAL	0202080080	CRÂNIO PA+LAT+OBLL	0204010071
DESIDROGENASE	0202010366	COXA	0204060117
GAMA	0202010465	COL TORACO-LOMBAR	0204020107
GASOMETRIA	0202010732	CLAVICULA	0204040060
GLICOSE	0202010473	FACE	0204010144
HEMCULTURA	0202080153	FEMUR	0204060060
HEMOGRAMA	0202020380	JOELHO	0204050133
HEMOGLOBINA	0202020304	JOELHO AP+LATERAL	0204060125
LEUCOGRAMA	0202020398	MÃO	0204040086
LCR	0202090600	OMBRO	0204040118
FÓSFORO	0202010430	PE	0204080150
FOSF. ALCALINA	0202010422	TORAX AP	0204030170
MAGNÉSIO	0202010582	TORAX AP E PERFIL	0204030183
MIELOGRAMA	0202080191	PUNHO	0204040124
MUCOPROTEINA	0202010570	PERNA	0204060168
PARASITOLOGICO	0202040127	MANDIBULA	0204010055
PCR	0202030202	ULTRASSONOGRAFIA	
PROT.TOTAIS	0202010619	ABDÔMEN SUPERIOR	0205020038
PESQUISA BK	0202080072	ABDÔMEN TOTAL	0205020046
POTASSIO	0202010600	TORAX	0205020136
SODIO	0202010635	PELVICA	0205020160
TSTC	0202020495	TRANSVAGINAL	0205020188
TEMP SANG.	0202020100	BOLSA ESCROTAL TIREÓIDE	0205020070
TEMPO COAG.	0202020070	TIREÓIDE	0205020127
TRIGLICERÍDEO	0202010578	MAMA	0205020097
TGO	0202010643	PROSTATA	0205020119
TGP	0202010651	VIA URINÁRIA	0205020054
TPAE	0202020487	TOMOGRAFIA	
UREIA	0202010694	COLUNA CERVICAL	0206010010
VDRL	0202031110	COLUNA LOMBO - SACRA	0206010028
CONC. HEMÁCIA	0306020068	COLUNA TORACICA	0206010036
CONC. PLASMA	0306020105	FACE	0206010044
CONC. PLAQUETA	0306020075	PRESCOÇO	0206010052
PRÉ TRANSF. I	0212010026	SELA TURCICA	0206010060
PRÉ TRANSF. II	0212010034	CRÂNIO	0206010079
NEBULIZAÇÃO	0301100101	COMPUTADORIZADA	0206010087
HISTOPATOLOGICO	0203020030	MEMBROS SUPERIORES	0206020015
ECG	0211020036	SEG. APENDICULARES	0206020023
EDA	0209010037	TÓRAX	0206020031
FUNÇÃO	0401040019	ABDÔMEN SUPERIOR	0206030010
TRAÇÃO	0408050098	MEMBROS INFERIORES	0206030029

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RN/PE/BR

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

CEP: 50.060-010

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RN/PE/BR

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

11

HOSPITAL GETULIO VARGAS



SERVICO DE CIRURGIA GERAL

Alta Hospitalar

Nome: José Alison de A Bezerra

Registro: 1121373

Data de Internamento: 01/07/19

Data de Alta: 05/07/2019

Equipe cirúrgica:

- Operador: DR Irwins Emanuel

Diagnóstico Pré-operatorio: Hemotorax maciço em pulmão direito

Tipo de operação: Drenagem de torax em seio d'água

Diagnóstico pos-operatorio: Hemotorax maciço em pulmão direito

Data da cirurgia: 28/06/19

Achados cirúrgicos:

- Saída de conteúdo sero-hemático

Historia Clínica

Paciente admitido pela emergência deste serviço com história de acidente de trânsito em 02/06/2019, com fratura em ombro esquerdo e punho direito e posterior alta. Evoluíu seus sintomas em casa, no dia 27/06/2019, com dispneia aos pequenos esforços associada a dor torácica, sendo transferido novamente a este serviço e realizado drenagem em seio d'água com grande quantidade de volume sero-hemático em pulmão direito.

Admitido na enfermaria de cirurgia geral para investigação. Realizado tomografia de torax (03/07/2019), que evidenciou presença de opacidade pulmonar, porém com área capsulada. Hoje, 05/07/2019, paciente evolui com bom estado geral, com melhora em ausculta pulmonar. Foi discutido, em reunião clínica, tratamento conservador com fisioterapia respiratória. Dessa forma, prescrevo alta para paciente hemodinamicamente estável, respirando em ar ambiente.

Orientações:

- Retorno ao ambulatório do Dr. Iacio Granja com 15 dias após alta.
- Prescrevo Dipirona 500mg de 1x6h, ex. dor.
- Lavar ferida operatória com água e sabão neutro.
- Retirar curativos após 10 dias da cirurgia em posto de saúde mais próximo da residência.
- Em caso de pioria clínica procurar serviço de emergência mais próximo da residência.

L. V. G. / C. M.  
Médico  
Data: 05/07/2019

05.802.494/0001-4  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

05 MM 710

Rua da Aurora, 1175 - 90250-000  
Boa Vista - CEP: 10.060-010  
DF 10000-000



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/01/2020 11:46:06

<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012811460594100000056105558>

Número do documento: 20012811460594100000056105558

Num. 57036926 - Pág. 14

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM  
HOSPITAL GETULIO VARGAS

Usuário da Internação  
GIVALDO SJ



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

<b>I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	<b>Nº Atendimento:</b> 739426	<b>Nº AIH:</b>
Nome: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA		Frontuário: 1121373
Data Nasc.: 27/07/1987	Idade: 31	Sexo: MASCULINO
CPF: 031773950407	RG: 7959462	Cor: PARDAS
Endereço: RUA ANTONIO LAURENTINO DOS SANTOS		Religião:
Bairro: CENTRO	Cidade: CAMOCIM DE SÃO FELIX	Nº: 62
CEP: 55665000	Fone: 98831403	Estado: PE
Nome da Mãe: SEVERINA ANA DE ARAUJO		Profissão:
Nome do Conjugue:		
Nome:		
Parentesco:	RG:	Fone: 98831403

- INTERNAR PARA

Clínica: CLINICA GERAL	Prestador: 1
Unidade de Internação:	Leito: CLCA 207-03
Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico):	CID:
Procedimento Solicitado: <i>Exame para traçar o anel</i>	CÓD.:
Procedimento Realizado: <i>Primer gerr exame</i>	CÓD.:

QDO.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	Cirurgião		
2	1º Auxílio Cirúrgico	HQS Juciane Fernandes	
3	2º Auxílio Cirúrgico		
4	3º Auxílio Cirúrgico		
5	Demais Auxílio Cirúrgico		
6	Anestesista		05-802-494/0001-41 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTD
7	Clinico		
8	Neonatologista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/> Rua da Aurora, 10175, bl. 902 BL. I
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÉNIO	<input type="checkbox"/> BOA VIDA - CEP: 50.060-010
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> DSC/PE-PI
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE		<input type="checkbox"/> Dra. Dayse Figueira Medina
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: 527-1		CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO: QG. 0710
0412040184		

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

*Paculário, Alisson, com suspeita de desordem endocrinológica, com sintomas de hirsutismo e acne, foi encaminhado para clínica para exames complementares. No dia 04/01/19, realizou-se exame de sangue para determinar níveis de testosterona, que resultaram positivos, com níveis elevados de testosterona livre (0.507 ng/dl), total (0.707 ng/dl) e de andrógenos totais (0.707 ng/dl). Foi realizada biópsia de pele na face, que mostrou alterações consistentes com hirsutismo idiopático. Foi realizada cirurgia de remoção de órtese e prótese no membro inferior esquerdo, realizada no dia 05/01/19, sob anestesia geral. Foi realizada cirurgia de remoção de órtese e prótese no membro inferior direito, realizada no dia 06/01/19, sob anestesia geral.*

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

MOTIVO DA ALTA: 05-802-494/0001-41  
DATA DA INTERNAÇÃO: 04/01/19 DATA DA ALTA: 05/01/19 DIAS DE INTERNAÇÃO:  
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.

Rua da Aurora, 10175, bl. 902 BL. I  
BOA VIDA - CEP: 50.060-010



HOSPITAL GETULIO VARGAS

#### **Resumo da Classificação de Risco - Protocolo**

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da serpente: 26/02/2018 09:21

Nome Paciente: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA  
Cod. Paciente:  
Data de Nascimento: 27/07/1987  
Sexo: Masculino  
Idade: 31  
Senha: E0011  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME

Periodo: 25/06/2013 09:23 - 23/06/2013 09:23

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN-146626 - FUNCÃO: ENFERMEIRO(A) -

四

人教课标版·初中物理·八年级下册

卷之三

© 2000 The Author

HISTÓRICO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO EM 12/04/2014 - FRATURA DE UMERO ESG  
E PULHÃO EVOU DE URGÊNCIA TIRACALHA E DISPARADA HA 5 DIAS

PROSPECTO DE ANGELATORES E EM ANIVERSÁRIO POR DRA. JULIANA P. V. ANTunes

DON ROMANICA

卷之三

#### — 10 —

E-mail: [zengjia@ust.hk](mailto:zengjia@ust.hk)

— 400-1421 0785 11

ELIZABETHA CAROTICA DE MORAES (HITAMON)

50% 96%

05.802.494/0001-43  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, 1175, SC 90280-010  
Boa Vista - CEP: 50.360-010

Autorizada por: SERGARDOA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148628 - FUNÇÃO  
ENFERMEIRO(A)

第 1 章

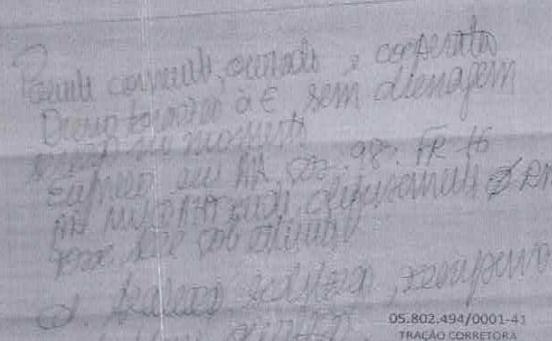
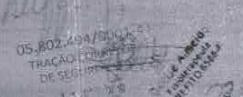


Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/01/2020 11:46:06

<https://pie.tipe.jus.br:443/1a/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001281146060980000000561055559>

Número do documento: 20012811460609800000056105559

Núm. 57036927 - Pág. 2

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO PERNAMBUCO		
<b>HOSPITAL</b> <b>GETÚLIO VARGAS</b> <b>REQUISIÇÃO DE PARECER</b>		
Nome: José Alves de A. Ribeiro	MATRÍCULA: 1121373	
DA CLÍNICA: Cirúrgica	ENFERMÁRIA: 207	
U.C. MÉDICA: Fisioterapia Respiratória	LEITO: 03	
Paciente, sexo masculino 51 anos, com história de acidente automobilístico há 01 meses, exclui homônimos à crista. Paciente foi submetido a drenagem torácica com saída de conteúdo sero-hemático e guarda melhora de evolução clínica para alta.		
Recife, 32 de junho de 2019 		
ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE		
		
05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA		
05. M. 29 Rua da Aurora, nº 175, 5º andar, Bairro Boa Vista - CEP: 50.060-010 Recife - PE		
		

*Secretaria Estadual de Saúde*

## **RELATÓRIO DA OPERAÇÃO**

Name do paciente: JOSE ALVES RIBEIRO

Name do

### **Registro:**

*Data da operação: 28/06/19*

*Operador: IRWINS EMANUEL*

*Tipo de Anestesia: Local*

**Diagnóstico: Hemotórax à direita**

*Tipo de operação: DRENAGEM TORÁCICA EM SELO D'ÁGUA*

### *Descrição operatória:*

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local;
  - 2) Antissepsia + aposição de campos operatórios;
  - 3) Anestesia local com lidocaína;
  - 4) Diáreas por planos ate cavidade torácica com dificuldade (por conta do báptio do paciente);
  - 5) Introdução de dreno de tárax Nº.34 com drenagem em sela d'água; visualizo escape aéreo pelo tubo, porém não há saída de sangue pelo dreno;
  - 6) Fixação do dreno com rayon Proleene 0-0;
  - 7) Limpeza + curativo;
  - 8) Solicito radiografia de tórax para confirmar per tutto do dreno.



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/01/2020 11:46:06  
<https://pjje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001281146060980000056105559>  
Número do documento: 2001281146060980000056105559

Num. 57036927 - Pág. 3

Secretaria de Saúde do Estado do Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas

NOME DA UNIDADE  
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
CÓD. N°

10.572.048/0006-61

(03 vias)

CARTÃO N°: LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

NOME DO PACIENTE

José Alceste da França Pires

DATA DE NASCIMENTO

22/03/87

SEXO:

MASC

Nº DO REGISTRO

11.21.373

NOME DA MÃE:

Silvana Ama de França

ENDERECO:

Nº: BLOCO: APT: BANHO:

MUNICÍPIO:

UF: CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente, 31 anos, com suspeita de envolvimento da tránsito rectal e colo do útero em 06/06, com a emergência dia 29/06 com rigores teratológicos de suspeita de teratoma de Rathke e/ou malformações hereditárias à vista.

EXAME FÍSICO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Teratoma de Rathke

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓDIGO:

Teratoma teratogênico óbvio

05.802.494/0001-41

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA ESPECIALIDADE:

clínica suspeita

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

TRÂNSITO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

05/07/2010

DATA: 28/01/2019

DATA: / / / / / /

Rua da Aurora, 05.275, S. 902 BL C  
Bela Vista - CEP: 50.060-010

NETTEP

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

05.802.494/0001-41

TRÂNSITO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ENCARREGAMENTO

AVENIDA BRASIL 1000 MTR 1000 - CENTRO  
RECIFE - CEP 50.000-000  
FONE: (81) 3184-8000

DATA DA ENCARREGAMENTO

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:

28/01/2020

NOSSA SENHORA DA SAÚDE

RECIFE - PE

ASSINATURA:

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR

DATA:





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



## RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

José Elisson de Araújo Bezerra

IDADE:

Reg. 1121373

SEXO: F  M

Cirurgia  
Emergência geral

Paciente com história de acidente automobilístico no dia 02/06/19,  
com fratura luxação de úmero C<sup>+</sup>  
fratura de punho D.

Vem a consulta de acompanhamento  
se queixando de dispneia aos pequenos  
esforços há ± 5 dias.

Traz radiografia de toráce eviden-  
ciando derrame pleural à D.

Solicito avaliação da cirurgia  
geral

05.802.494/0003-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE RÉGUOS LTDA  
05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE RÉGUOS LTDA

11 Avenida General José Mariano - Condado  
Recife PE - CEP 50.030-060/10  
Fone: (81) 3138-6300

José Júlio Picante  
PE 37902  
28/06/19

**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**

**E. Abdômen**

SENSAÇÃO DE DOR, FUSCOSIS, DIFUSAS, INDELEBIL

Diagnóstico Inicial 1) DETERMINAR PNEUROTE TÉRMICO E DIAGNÓSTICO TRAUMÁTICO?

Exames Sugeridos 1 - Patologia Clínica

Exames Sugeridos 1 - Especializados

1) TOMOGRAFIA DE TORAX E ABDOMEN

Resultado de Exames:

PAO X DE TORAX COM DETERMINA PNEUROTE  
VOLUNTORE & DIREITO AO EVIDENTIANO NÚCLEO  
HIDROAERICO E ELEVACAO DE HEMOCRÔMIA DIAFRAGM

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carenho

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carenho

Tratamento / Procedimentos: 1) DIAFRAGM

1) VPA

Indicação Cirúrgica: Sim:  Não:  Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Adolpho Barros  
Cuidados Críticos  
CRN-22504

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a Pedido  Evadido

Condição de Alta:

<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado
<input type="checkbox"/> Óbito	

Informação do Serviço Social:

Assist. Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta  Transferência

Estudo de Caso

Exames Externos

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 \_\_\_\_\_

Nº da Identidade \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

Associo-me, pela medida retinada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que desse ato possam advir.

Data \_\_\_\_\_

Nome completo legível \_\_\_\_\_

Nº da Identidade \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura: 29/01/2019 09:32 h

Raulifacbs

Impressão

28/01/2019 09:32 h RAULIFACBS

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

05.157.219

Rua da Aurora, nº 125, sl. 902 BLC

Bela Vista, CEP 01000-010

SP-BR

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

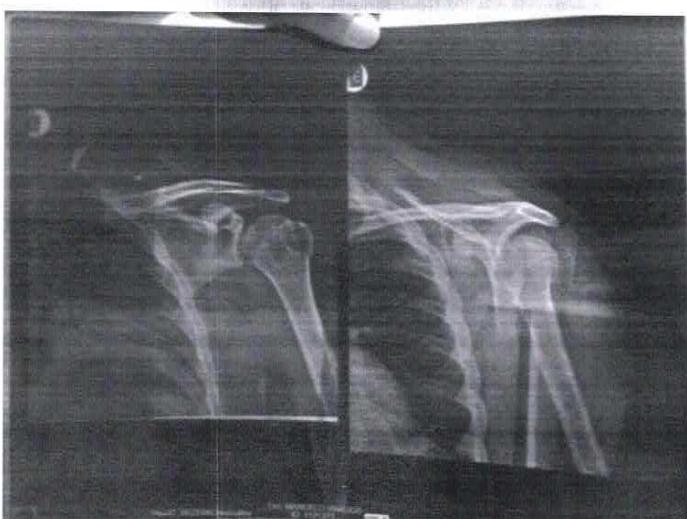
11.5.2019

Rua da Aurora, nº 125, sl. 902 BLC

Bela Vista, CEP 01000-010

SP-BR

DATA - HORA	EVOLUÇÃO
20/01/2020 10:00	Motociclista, cometeu, desacelera, furação, infarto e faleceu. Foi falecido no hospital, com óbito suspeito de infarto agudo de miocárdio, evolução de astenia e em recaída febril e cardiosistole.
21/01/2020 07:00	Cirurgia gnl - Outra
21/01/2020 09:00	- Polihistone 21/01/15 - Dura placa 1 gnr hum. - Fim de 22/01/15
21/01/2020 10:00	Desvio deslocado
21/01/2020 11:00	Peculiaridades estrela festejada deslocada fim de dia 20/01/15
21/01/2020 12:00	Não indas
21/01/2020 13:00	Endotraqueal TGBL
21/01/2020 14:00	05.802.494/0001-41 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 115/19
21/01/2020 15:00	Rua da Aurora, nº 175, 5º andar BL C Boa Vista - CEP: 50000-010 Portaria
21/01/2020 16:00	05.802.494/0001-41 TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 115/19
21/01/2020 17:00	TGBL removido AB - MV se na base el desvio festejado com VP
21/01/2020 18:00	Assinatura: Renato Mello - Secretário Sel RX
21/01/2020 19:00	Instrumentos Fino Reg Assinatura: Renato Mello - Secretário



05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
115/19

05.802.494/0001-41  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
115/19

Scanned by CamScanner  
Scanned by CamScanner





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraclider.com.br](http://www.seguradoraclider.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 4020-1586 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Demais Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 922 81 89. Para pesquisas com definição auditiva, ligue para 0800 922 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190615377

Vitima: JOSE ALISSON DE ARAUJO BEZERRA

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Sephora). JOSE ALISSON DE ABREU/BEZERRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidade permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações:

Atenciosamente,

Seguradora Lider-OPVAT

Estamos aqui para Você



ZUMA 19 25034178