



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOAQUIM DE BARROS, 111, BOA VISTA  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 52010-502  
CNPJ 15.342.332/0001-98  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 2005843-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficientes auditivos ou com fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 262 6590  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco - ARPE, 1880-721-0167 - Ligação Grátis de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167 - Ligação Grátis de Telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE VERA REGINA MAIA CPF: 183.772.513-86	DATA DE VENCIMENTO <b>11/03/2019</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 20/02/2019	CONTA CONTRATO 004005147468
	TOTAL A PAGAR (R\$) <b>26,07</b>	DATA DA APRESENTAÇÃO 20/02/2019	Nº DO CLIENTE 2062225167
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA RUI BARBOSA 45 AP-04 CONJ. RET. SEDA FLORESTA - BLOCO G JARDIM PRIMAVERA & CANARANA 56752-446 CAMARAGIBE PE	NÚMERO DA NOTA FISCAL 001834654		
	CLASSIFICAÇÃO <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico</b>		
	RESERVADO AO FISCO 0A74.6F23.59567.2ABA.48E7.2104.BFCD.EF0A		

**DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (W)	54,00	6,7347582	243,8
Multa por atraso-NF 044185278 - 23/11/18			6,23
Multa por atraso-NF 044185252 - 24/12/18			6,51
Juros por atraso-NF 044185252 - 26/12/18			4,72
Juros por atraso-NF 044185278 - 23/11/18			6,31
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>263,7</b>
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>			
ICMS	PIS	COFINS	
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
54,00	21,36	243,8	6,73
			0,57
		243,8	1,31
			0,82
			<b>263,7</b>

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		Soc. Vida - CIP: 100000011		NÍVEL DE TENSÃO	
<p>Pague no prazo mais curto da fatura, sempre devendo o quanto viável (25% da fatura / taxa bancária) sua fatura trazendo os valores pagos na fatura completa no site <a href="http://www.viplo.com.br">www.viplo.com.br</a></p> <p>Na casa da fatura a transação em vigor é a Venda. Mais informações em <a href="http://www.viplo.com.br">www.viplo.com.br</a></p> <p>O cliente é responsável quanto ao pagamento de contas de terceiros da fatura (impostos, água, gás, etc.). Pague, em atraso, suas faturas <b>ATÉ</b> 10 (DEZ) DIAS JUÍZAS 10 (DEZ) DIAS</p> <p>O Cliente é responsável quanto ao descomprimento da prazo definido para os prazos de vencimento comercial.</p>				TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VIBRAÇÃO (V)
				MÍNIMO	MÁXIMO
				220	222
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA					
DETALHES AGU		BALANÇO DE PAGAMENTO			
CONTA CONTRATADA	MÊS ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO		
004005147495	02/2019	20,07	11/03/2019	<p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.</p>	

THESE ARE THE MOST IMPORTANT

— 10 —

Pague no ponto mais perto de você, também é possível pagar via [www.mercadopago.com.br](http://www.mercadopago.com.br) ou [www.walleto.com.br](http://www.walleto.com.br).  
A data de entrega é sempre o dia útil, ou seja, a "segunda". Mas informações em [www.walleto.com.br](http://www.walleto.com.br).  
O cliente é responsável por todas as despesas no transporte, inclusive os custos de envio de retorno.

— 14 —

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

人行道地 FALCON 700

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este cappotto deve usarsi in lettura obca.

2013年1月第1期

卷之三

DETALHAMENTO	CONTA CONTRATADA	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENIMENTO
	004005147488	02/2019	26,07	11/03/2019

ANSWER PARAPHRASE

**Evite dobrar, perfurar ou rasurar.**  
Este capítulo está usado em leitura ótica.

2013年1月第1期

www.360doc.com 100517198105 137816339537



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Ivoneide Belarmino de Moura, brasileira, solteira, autônoma, RG: 5.088.305/SDS/PE e CPF: 026.520.334-48, residente na Rua Qui Barbosa, N: 65, ap. 04, Conj. R. Bela Florista, Bl-G, Jd. Primavera, Olinda/PE.

**OUTORGADO:** PAULO ANTÔNIO 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-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, 06.06.19

*Ivoneide Belarmino de Moura*  
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 prejuizos próprios e de minha família.

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

Recife (PE), 06 de junho de 2019.

Ivoneide Belarmino de Paula





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLICIA DA 037ª CIRCUNSCRICAO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC  
 DIM/9ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 19E0127001911**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/03/2019** às **15:03**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **29/10/2018** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 01** - Bairro: **CENTRO** -  
**CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE**  
**IVONEIDE BALARMINO DE MOURA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO**: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**IVONEIDE BALARMINO DE MOURA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Nasc.: **MARIA BELARMINA DE MORAES** Data de Nascimento: **22/6/1974** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **RUA RUI BARBOSA, 65 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

**INFORMA QUE TRAFEGAVA NA CARONA DE UM MOTO TÁXI, QUANDO O CONDUTOR PERDEU O EQUILÍBRIO E FOI AO CHÃO, CAUSANDO-LHE FERIMENTOS PELO CORPO SOCORRIDO POR UMA AMBULANÇA DO CEMEC AO HOSPITAL ARISTEU CHAVES CONFORME FICHA DE REGISTRO 115546 E PROCEDIMENTOS MÉDICOS ANEXO.**

20/03/2019 14:57

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

IVONEIDE BALARMINO DE MOURA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: EDVALDO JOSE PEREIRA DE SOUZA - Matrícula: 3841085

DELEGACIA DA POLICIA DE CEARA  
3<sup>ª</sup> CIRUNGANCAO

05.802.494/0001-11

TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

25 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, 9.902 BL. T  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 11/06/2019 10:41:05

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061110410515900000045797375>

Número do documento: 19061110410515900000045797375

20/03/2019 14:22

Num. 46505791 - Pág. 6



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE**  
**SECRETARIA DE SAÚDE SUS - PE**

**PREFEITURA  
MUNICIPAL  
DE  
CAMARAGIBE**

**ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA**

**UNIDADE DE ORIGEM** *Hospital Antônio Chaves*

**PACIENTE** *71 ANOS DE ALVIMOS DE MACEDO*

**REGISTRO** *115 516*

**DADOS CLÍNICOS** *Antônio Chaves, 71 anos, em abortamento espontâneo, o parto é violento com forte sangramento.*

**EXAMES COMPLEMENTARES / RESULTADOS**

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA** *Parto e hemorragia*

**CONDUTA ADOTADA** *Parto e hemorragia*

**JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO** *Parto e hemorragia*

**ENCAMINHAMENTO PARA**

**DATA**

**NOME**

**CRM**

**UNIDADE ESPECIALISTA**

**EXAME CLÍNICO**

**EXAMES COMPLEMENTARES**

**PARECER DO ESPECIALISTA**

*05.002.494/0001-41*

*TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS-ETCS*

*25 MAR 2019*

**TRATAMENTO PROPOSTO**

*Rua da Amizade, nº 155, Centro, B  
Belo Horizonte, MG, 31200-000  
BEME-PE*

**LOCAL:** **NA UNIDADE DE ORIGEM**   
**NA UNIDADE DE REFERÊNCIA**   
**OUTROS SERVIÇOS**

**DATA**

**CRM**

**DATA**





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



### BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: IVONEIDE BELARMINA DE MOURA

1. Ocorrência da Emergência: 646502

1.1 - Atendimentos em: 29/10/18

1.2 - Às 04 horas e 15 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No: 1069636

2.1 - Internado em: 29/10/18

2.2 - Alta em: 31/10/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

4. Tratamento: 1) IMOBILIZAÇÃO. 2) ANALGESIA.

3) TRANSFERIR(X) PARA OUTRO HOSPITAL.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 6.2.2019

HORA: 15:45:36

PASTA: 01.02.2019

IGAS

RS

Jessica Goulart de Araújo Sá  
Dermatologista  
CRM 15.938 RQE 2157

Dra. Jéssica Goulart.

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
25 MAR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, Bairro B  
Residencial  
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 11/06/2019 10:41:05

<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061110410515900000045797375>

Número do documento: 19061110410515900000045797375

Num. 46505791 - Pág. 9



## FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA



Registro N°: 115546 Atendimento: Adulto Atendimento aberto por: Leonardoachano  
Unidade de Saúde: Hospital Dr. Antônio Chaves Data/Hora: 29/10/2018 02:59:19

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:  
Nome: IVONEIROS BELARMINA DE MORAES Idade: 44 Anos, 4 Meses e 7 Dias

Data de Nascimento: 22/06/1974 Sexo: Feminino

Cor: Parda

Cartão S.U.S:

CPF: 029520111448

RG: 5088305 - SDS/PE

Estado Civil: Solteiro

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DE MORAES

Profissão:

Fone:

Endereço: RUA IUGOSLÁVIA

Município: CAMARAGIBE

Número: S/N

CEP: 54753325

Bairro: JARDIM PRIMAVERA

UF: PE

Acompanhante:

Parentesco:

Procedência:

## OBSERVAÇÕES:

## QUEIXA PRINCIPAL / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

pe. A dor no peito forte agud +

do dor crônica e muito dura

Vacinas Atualizadas: ( ) Sim ( ) Não

Cartão de Vacina: ( ) Sim ( ) Não

## ANTECEDENTES MÓRBIDOS PESSOAIS

HIPERTENSÃO	( ) TABAGISMO	( ) ASMA
DIABETES	( ) ETILISMO	( ) DPOC
ÍAM	( ) DROGAS	( ) ALERGIAS
AVC	( )	( )

## ANTECEDENTES MÓRBIDOS FAMILIARES

( ) ( ) ( )

## EXAME FÍSICO

Genit: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Grave ( ) Gravíssimo

PA mmHg FC bpm Hgt: TPC: TPC: seg PESO kg

Cabeça e PESCOÇO:

ACV: 05.802.494/0001-41

AP: TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Abdômen:

Exame Neurológico: 25-MAR-2018

Extremidades:

Outros: Rua da Água, 10175-51902 BLZ

Resid: CEP: 54753000

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: SECET



HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA

E: Abdômen	06.802.494/0001-41							
Diagnóstico Inicial:	TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUNDOS LIDA							
Exames Solticados : 1 - Patologia Clínica	25 MAR 2019							
Exames Solticados : 1 - Especializados	REC/EP							
Resultado de Exames:	Código Procedimento: 2050							
Tratamento / Procedimentos:	Ass. Médico + Cacimbo Código Procedimento:							
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Médico + Cacimbo							
Evolução do Enfermeiro:	Ass. Enfermeira + Cacimbo							
Diag. Definitivo:	Ass. Enfermeira + Cacimbo							
Definição do Caso:	<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	Diagnóstico de Alta: <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Curado</td> <td><input type="checkbox"/> Melhorado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inalterado</td> <td><input type="checkbox"/> Piorado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Óbito</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> Óbito	
<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:	Assist. Social:							
Observações:	Assist. Social							
Autorização para Alta / Internamento / Transferência								
Médico:	CRM/CRC:	Data:						
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/ou exames complementares e transporte se forem necessários. Data: _____ N° de Identidade: _____ Nome completo legível: _____ 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: _____ N° de Identidade: _____ Nome completo legível: _____ Assinatura: _____								
Cadastramento: 29/10/2018 04:15 h EDILENERS Impressão: 29/10/2018 04:15 h EDILENERS								

Dr. Luis Moraes  
Ortopedista/traumatologista  
Médico

UV feature clearly + when do you see

$\sigma_i = \text{deph} \rightarrow \sigma_i B_{2m} \rightarrow \cancel{B_3} \cancel{B_2} N/m_{12919}$   
 $= \text{magnet} M25$

205. Vídeo de acidente nas proximidades do HAL, deslocando-se para dentro e ficando engolido e sofrendo de engasgo nasal.

SUTURA	DRENAGEM	CURATIVO	VAT	VARF	OUTRO	DESTINO DO PACIENTE
ALTA COM MEDICAÇÃO APLICADA						ALTA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
OBSERVAÇÃO EM SALA AMARELA						OBSERVAÇÃO EM SALA VERMELHA
ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO BÁSICA						ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALIDADE
TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO SERVIÇO						
ÓBITO AS	8	RE: Data				SENHA 5494
EVAISÃO						
TESTADO MÉDICO / DENTISTA DE						OUTROS
ADMATURA E CONSELHO DO PROFISSIONAL						
DATA:						
Assinatura do Profissional:						
ACIDENTE DE TRÂNSITO: <input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Onibus <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Outro						
Fator de proteção: <input checked="" type="checkbox"/> Cinto / Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						Indo / Voltando do Trabalho: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Ato: Abordamento <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Capotagem <input type="checkbox"/> Outro						
ACIDENTE DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> Constr. Civil <input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Outro						
OUTRO TIPO: <input type="checkbox"/> Intoxicação <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Afligimento <input type="checkbox"/> Queimaduras <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro						
AGRESSÃO: <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Arma Branca <input type="checkbox"/> Esparrancamento <input type="checkbox"/> Outro						
Modo: <input type="checkbox"/> Assalto <input type="checkbox"/> Engano <input type="checkbox"/> Ação Policial <input type="checkbox"/> Agressão Sexual <input type="checkbox"/> Outro						
AUTO AGRESSÃO <input type="checkbox"/> SUICÍDIO <input type="checkbox"/> Por:						
PAF <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Queda do Nível <input type="checkbox"/> Outro						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Ambiente de Trabalho <input type="checkbox"/> Escola <input type="checkbox"/> Outro						

Termo de Responsabilidade para Saída sem Autorização

Responsabilizo-me, por quaisquer situações referentes à minha estabilidade de saúde, após minha saída hospitalar, reitero que qualquer fato que ocorra é de minha total responsabilidade.

### Normal Components

"P" and "L" components

THE BOSTONIAN

05.802.494/0001-42  
TRACAO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
25 MAR 2019  
RUA DA AUSTRIA, Nº 375, 9º 902 BL. C  
BRAZIL - CEP: 50.050-010  
Belo Horizonte - MG



**SANTA CASA**  
DE MISERICÓRDIA DO RECIFE

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que a paciente IVONEIDE BELARMINA DE MOURA, prontuário nº 1151632, admitida neste hospital em 01/11/2018 com diagnóstico de Fratura de Clavícula Esquerda, sendo submetida a tratamento cirúrgico. Recebeu alta com melhora clínica em 07/11/2018.

Recife, 26 de Dezembro de 2018.

Roberta C. da Almeida  
Diretora Técnica  
Hospital Santo Amaro  
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida  
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

25 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, 5º andar  
Bela Viçosa - CEP 50.060-001  
RECIFE

**Santa Casa de Misericórdia do Recife**

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412-3800  
[www.santacasarerecife.org.br](http://www.santacasarerecife.org.br)



Registro: 611351 Prontuário: 1151632 Data de Nascimento: 22/06/74 Idade: 44 ANO(S)

Nome do Paciente: IVONEIDE BELARMINA DE MOURA Sexo: Feminino

Nome da Mãe: MARIA BERLARMINA DE MORAIS

CPF: 02652011448

Data: 06/11/2018

## SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):  
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Clavícula Esquerda. CÓDIGO: 0408010150

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Clavícula Esquerda + Neurolise + Osteotomia  
CÓDIGO: 0408010150 / 0403020077 / 0408060174

COD.	EQUIPE	NOME	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Osvaldo Coimbra	16658
2	1.AUX CIRÚRGICO		
3	2.AUX CIRÚRGICO		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr. Patricia Guaurino	9189
6	CLÍNICA MÉDICA		05.802.494/0001-43

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

25 MAR 2019

USO DE PROTESE, ÓRTESE,

Rua da Aurora, nº 175, bl. 902/BL C  
Belo Horizonte - CEP: 30.060-010  
MG-Brasil

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente carro x moto, resultando em Fratura de Clavícula Esquerda e Trauma em Tornozelo Esquerdo + 4º e 5º Metacarpo da Mão Esquerda. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado da Fratura de Clavícula Esquerda. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA CRM: 10531 Data e Hora: 08/11/2018 13:11:20





Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 11/06/2019 10:41:05

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061110410515900000045797375>

Número do documento: 19061110410515900000045797375

Num. 46505791 - Pág. 15

Registro: 611351 Prontuário: 1151632 Data de Nascimento: 22/06/74 Idade: 44 ANO(S)

Nome do Paciente: IVONEIDE BELARMINA DE MOURA Sexo: Masculino

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DE MORAIS

CPF: 02652011448

Data: 06/11/2018

## BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura da clavícula ESQUERDA

Diagnóstico pós-operatório: o mesmo

Cirurgia: Neurólise do nervo supraclavicular + Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula esquerda + Osteotomia

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Junior

Anestesista: Patrícia

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antisepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão longitudinal em topografia de clavícula esquerda. Dissecção por planos e hemostasia. Liberação de fibrose e retração muscular. Neurólise de nervo sensitivo supraclavicular. Identificado o foco de fratura. Osteotomia de fragmento ósseo e realizada redução da fratura e fixação com 01 fio de Kirschner intramedular. Tenomiorraria de trapézio e peitoral maior.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo
- 8) Típola

Recife, 06/11/2018-15:10

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória N° 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 06/11/2018 15:12:21.

Dr. OSVALDO COIMBRA JUNIOR  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM-PE: 16658 / CRB-PE: 10000  
CRM-PE: 16658 / CRB-PE: 10000

05.802-494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
25 MAR 2019  
Bld da Amura, nº 175, Sl. 902 B, C.  
Bela Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE - PE





05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETOHA  
DE SEGUROS LTDA

25 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C  
Boa Vista - CEP: 50.010-011  
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 11/06/2019 10:41:05  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061110410515900000045797375>  
Número do documento: 19061110410515900000045797375

Num. 46505791 - Pág. 17

05.802.494/0001  
TRAILÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
25 MAR-2019

Rua da Aurora, 117, Bl. 207, 1º  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RN/CE/BR

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 11/06/2019 10:41:05  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061110410515900000045797375>  
Número do documento: 19061110410515900000045797375

Num. 46505791 - Pág. 18

# SINISTRO 3190226009 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** IVONEIDE BELARMINA DE MOURA  
**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**  
CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

**BENEFICIÁRIO** IVONEIDE BELARMINA DE MOURA  
**CPF/CNPJ:** 02652011448

**Posição em 27-05-2019 16:15:43**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/04/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

