

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E CADASTRO DE PESSOAS

09R-35

*Luiz Fernando Cruz*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RECEBIMOS  
GERAL 8.520.349 DATA DE EXPIRAÇÃO 16/04/2008

NOME << LUIZ FERNANDO CRUZ >>

FILIAÇÃO << >>  
<< MARIA LUZINETE CRUZ DO NASCIMENTO >>

NATURALIDADE CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE DATA DE NASCIMENTO 19/07/1990

COCORIGEM << CN.69046 L.A60 F.33 CART. DO CABO-PE 28.02.2000 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 116 DE 29/08/03

F-29 36.531 - 3022

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**


092.902.234-30

LUIZ FERNANDO CRUZ

19/07/1990

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Validade Janeiro/2008

 **CORREIOS**  
www.correios.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 FEV 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grças - Recife / PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CENTRO NACIONAL DE HABITAÇÃO

PE

NOME  
**ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF  
**4416464 SSP PE**

CPF  
**817.008.064-91**

DATA NASCIMENTO  
**02/05/1972**

FILIAÇÃO  
**GILBERTO VALERIANO DA COSTA**  
**HELENA MARIA DA SILVA COSTA**

PERMISSÃO  
**00000000000000000000**

ACC  
**00000000**

CAT. HAB.  
**D**

Nº REGISTRO  
**04324080986**

VALIDADE  
**30/09/2022**

HABILITAÇÃO  
**26/03/2008**

OBSERVAÇÕES  
RAR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**RECIFE, PE**

DATA EMISSÃO  
**30/10/2017**

ASSINATURA DO EMISSOR  
**Charles Andrews Sousa Ribeiro**  
Diretor Presidente

30390611474  
PE081620225

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1487430708

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1487430708

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
27 FEV 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Gracás - Recife / PE CEP: 52011-040



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190175554 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ FERNANDO CRUZ **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TERÇO LATERAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190175554 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ FERNANDO CRUZ **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TERÇO LATERAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 OUTORGANTE Luiz Fernando Cruz

Portador(a) do documento de identidade n. 8.520.349, expedido por SSP-PE, em

16/04/08 inscrito no CPF sob o n. 092.902.234-30, residente na

Rua Mario José dos Santos, n. 14

complemento casa, Barrio Nova cidade, cidade Escada, Estado PE

2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador(a) do documento de identidade n. 4416464, expedido por SSP-PE, em

10 / 05 /2013 inscrito no CPF sob o n. 81700806491, residente na

RUA APULEU VIEIRA n. 113 complemento CASA, Barrio VARZIA

cidade RECIFE, Estado PE.

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório-DPVAT. *invólidez*

22 de janeiro de 2019

OUTORGANTE Luiz Fernando Cruz

TABELIAÇÃO ELIAS MATHIAS

**SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO**  
TABELIAÇÃO TITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTA: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS

Reconheço a firma por autenticidade de: LUIZ FERNANDO CRUZ da verdade. 72/01/2019 09:27:54

Em testemunho

Elenco de Custas: Custas R\$ 3,99  
TSMR R\$ 0,80  
Total R\$ 4,79

Selo Digital N. 007.594.IMG11201801.03570  
Consulte autenticidade em [www.tipe.jus.br/selodigital](http://www.tipe.jus.br/selodigital)

AV. DR. JOSÉ HENRIQUE 398 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.500-000 - TEL: (81) 3638-1555 / 3712



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072029/19

**Vítima:** LUIZ FERNANDO CRUZ

**CPF:** 092.902.234-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/12/2018

**Titular do CPF:** LUIZ FERNANDO CRUZ

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### LUIZ FERNANDO CRUZ : 092.902.234-30

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/02/2019  
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO  
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019  
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072029/19

**Número do Sinistro:** 3190175554

**Vítima:** LUIZ FERNANDO CRUZ

**CPF:** 092.902.234-30

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

**Data do acidente:** 23/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUIZ FERNANDO CRUZ

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**LUIZ FERNANDO CRUZ : 092.902.234-30**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019  
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO  
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos

---

**Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190175554**

**Vítima: LUIZ FERNANDO CRUZ**

**Data do Acidente: 23/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LUIZ FERNANDO CRUZ**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190175554

Vítima: LUIZ FERNANDO CRUZ

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUIZ FERNANDO CRUZ

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

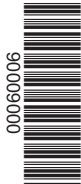
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





507815

0072029/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA -  
DP42ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0132002183**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/12/2018 às 10:45

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 23/12/2018 às 14:16

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 1, RODOVIA DE**  
Bairro: **ZONA RURAL - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
LUIZ FERNANDO CRUZ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
LUIZ FERNANDO CRUZ



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

**LUIZ FERNANDO CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUZINETE CRUZ DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 19/7/1999 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **AVENIDA ZENOBIO LINS, 61, 10 TRAVESSA - CEP: 0 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA HONDA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ FERNANDO CRUZ**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXU7351 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

## Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA NA PE 42 NAS PROXIMIDADES DAS PEDREIRAS QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEICULO E CAIU, SOFRENDO LESÃO NA CAVICOLA ESQUERDA; QUE A VITIMA RECEBEU ATENDIMENTO NA UPB DE IPOJUCA E NO HOSPITAL DOM HELDER CAMARA.

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

+ Luiz Fernando Cruz  
LUIZ FERNANDO CRUZ  
(VITIMA)

B.O. registrado por: OZIEL ANTONIO DE SOBRAL - Matrícula: 2731193



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ FERNANDO CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02125

CONTA: 000000026738-1

---

Nr. da Autenticação 0CECE01874B36B7F



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_,

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Órgão \_\_\_\_\_,

CPF nº \_\_\_\_\_, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante: \_\_\_\_\_



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50030-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-53 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
FELLEN EMILIA ANDRADE FAYE DAS CHAGAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA APULEU VIEIRA 113

CPF: 010.048.804-80

VARZEA/RECIFE  
RECIFE PE  
50810-370

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
044774818	ÚNICA	28/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
28/12/2018	2002023058	3280305

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0664298023	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
08/01/2019	28/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	217,15

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	281,000000	0,73875354	182,81
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,35
Contrib. Ilum. Pública Municipal			22,73
ICMS Subvenção-CDE-NF 037159080-28/10/18			1,26
TOTAL DA FATURA			
217,15			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE CUS	CONSTANTE	CONSUMO (kWh)
31704710	CAT	27-11-2018	3381,70	28-12-2018	3622,00	31	1,00000	281,30

HISTÓRICO DE CONSUMO			INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano kWh			BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição do Consumo	R\$	%
DEZ 18 281			ICMS	180,10	25,00	Geração de Energia	R\$ 62,88	31,50%
NOV 18 207			PIS	180,30	0,70	Transmissão	R\$ 0,03	4,87%
OUT 18 211			COFINS	180,30	3,61	Distribuição (Celpe)	R\$ 42,23	21,88%
SET 18 188						Perdas de Energia	R\$ 13,28	6,88%
AGO 18 197						Encargos Sociais	R\$ 10,87	5,89%
JUL 18 201						Impostos	R\$ 56,78	29,40%
JUN 18 211						Total	R\$ 182,81	100%
MAI 18 174						TARIFAS APLICADAS		
ABR 18 177								
MAR 18 100								
FEV 18 185								
JAN 18 182								
DEZ 17 193								
			Consumo Ativo (kWh)			0,52158000		
			RESERVAÇÃO FISCAL					
			D2BF 6DEB C90D 3EFC 2EC0 F3CC BF3F D270					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES  
Pague no ponto mais perto de você em todas as modalidades: presencialmente em 174 varzeas/recife ou no geral pelo site www.celpe.com.br. Não deixe de ler a bandeira em vigor da tarifa. Mais informações em www.aneel.gov.br. O Celpe é responsável pelo fornecimento de energia elétrica em todo o território de Pernambuco. Pague em dobro quando não houver o cumprimento do prazo de entrega da energia elétrica em domicílios residenciais.

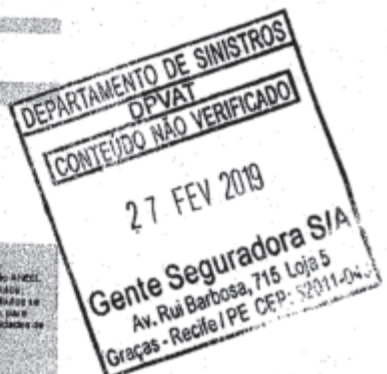
Acompanhe o seu consumo de energia elétrica em tempo real através do aplicativo Celpe App, disponível para download no Google Play e na Apple Store. O aplicativo também oferece informações sobre a qualidade do serviço e a possibilidade de solicitar a troca de medidor.			
As condições gerais de fornecimento de energia elétrica estão disponíveis no site www.celpe.com.br.			

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APROXIMADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DIC	out/2018	5,09	10,18	20,36	220	202	231
FIC	0,53	2,08	6,47	12,95			
DMIC	1,00	2,08	6,47	12,95			
	0,53	2,08	6,47	12,95			

Limite DIC: 12,22  
EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição: R\$ 71,86

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0664298023	12/2018	08/01/2019	217,15

83840000002-2 17150011000-5 66429802310-0 13726816113-0



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

**DADOS DO CLIENTE**  
**MARIA DE FATIMA DOS ANJOS**

**DATA DE VENCIMENTO**  
**20/02/2019**

**DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL**  
13/02/2019

**CONTA CONTRATO**  
**7017960690**

**ENDEREÇO**  
RUA MARIA JOSE DOS SANTOS 139 --A  
- QD- 31 LT- 07 -NOVA  
CIDADE/ESCADA -55500-000 ESCADA  
PE -

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 60,01**

**DATA DA APRESENTAÇÃO**  
13/02/2019  
**NÚMERO DA NOTA FISCAL**  
050471521

**CLASSIFICAÇÃO**  
RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

**PERÍODO CONSUMO**  
15/01/2019 a 13/02/2019

**CONSUMO**  
78

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 14,32

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
7017960690	02/2019	R\$ 60,01	20/02/2019	Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000009 600100110078 017960690101 137794983532



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAR 2019

Genie Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Artur Vitoriano da Costa inscrito (a) no CPF/CNPJ 817.008064 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Fernando Cruz inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.902.234 30 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Luiz Fernando Cruz inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.902.234 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço	Rua Apuleia Vieira		Número	113	Complemento	Casa
Bairro	Vorzeas	Cidade	Recife	Estado	PE	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
			81 987169468			

Recife, 25 de Fevereiro, de 2019  
Local e Data

Artur V. Costa Neto  
Assinatura do Declarante



# Declaração do proprietário do veículo

Eu, Rosinete Felix de Lima

RG nº 4.100.248

Data de expedição 01/10/2014

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 715.968.954-20

Com o domicílio na cidade de Ribeirão

No estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida) Rua João

Epifânio dos Santos nº 127 Bairro: Bondeirante

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima, Luiz Fernando Cruz

Cujo condutor era Luiz Fernando Cruz

Veículo: motocicleta modelo: Honda 160 125 FAN RS

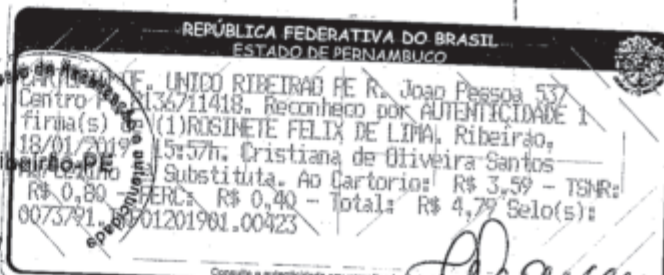
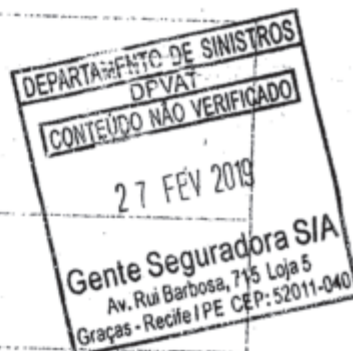
Ano: 2010

Placa: NXU 7351

Chassi: 9C2JC4110AR670626

Data do Acidente: 23/12/2018

Local e Data: Ribeirão 18/01/2019.



Rosinete Felix Lima

Assinatura do Declarante do Veículo (Reconhecer firma por autenticidade)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante da sinistro)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ILHO DE ITAIPUA  
FICHA DE ATENDIMENTO

28 cm  
[Signature]  
Téc em Unid. Anestesiol.

Nº REGISTRO: <b>53 299</b>	DATA E HORA DO NASCIMENTO: <b>19-07-90</b>	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL:
PACIENTE: <b>Luiz Fernando Cruz</b>	NASCIMENTO:	IDADE: SEXO: COR:
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	NATURALIDADE: NACIONALIDADE:
Nº DE IDENTIDADE:	PAI:	MÃE:
ENDEREÇO: <b>Rua da Palmeira</b>	COMPLEMENTO:	
BAIRRO: <b>Camela</b>	CIDADE:	UF: TELEFONE:
ORIENTAÇÃO:	<b>9.9459-2647</b>	

PROCEDÊNCIA: MEIO DE TRANSPORTE:

CONSULTA DE ENFERMAGEM
DATA: <b>23-12-18</b> HORA: <b>14:15</b> ENFERMEIRO: COREN:
SITUAÇÃO QUEIXA:

ANTECEDENTES: ☐ DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ☐ CARDIOPATIAS ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO  
☐ ALCOOLISMO/DROGAS ☐ PNEUMOPATIAS ☐ HEPATOPATIAS ☐ DOENÇA MENTAL OUTROS:  
 MEDICAÇÃO EM USO:

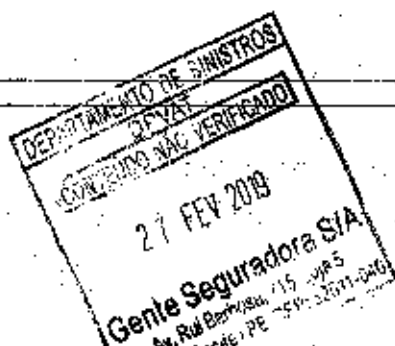
PA: X mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA	PUPILAS
ESCORE	ESCORE	ESCORE	MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	ISOCÓRICAS ANISOCÓRICA
DOH: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SUDORESE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PALIDEZ: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

EXAME FÍSICO:

*Arterial de nro br 10 mm  
Tudo normal exame*

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

*Rx: ateno br no litou, wbr*







# HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 474664

Data e Hora: 23/12/2018 16:30

Senha da Classificação:

0035

Paciente: 37846 LUIZ FERNANDO CRUZ

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 19/07/1990 Idade: 28 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG

Nome da Mãe: MARIA LUZINETE CRUZ DO NASCIMENT Nome do Pai: NAO DECLARADO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

CRM: 14861

Endereço: DOUTOR MANOEL CLEMENTI -

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CABO

PE

Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 8188856631

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

história de acidente com moto há 2 horas, referindo dores no ombro (E)

Exame Físico

deformida lateral na clavícula (E)

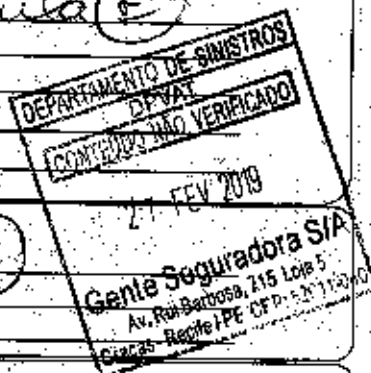
Hipótese Diagnóstico

Frax. lateral da clavícula (E)

Conduta Terapêutica

Internamento

Prescrição Médica



EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Carimbo/Médico



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/12/2018 16:18



Nome Paciente: LUIZ FERNANDO CRUZ  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 19/07/1990  
Sexo: Masculino  
Idade: 28  
Senha: 0035  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 23/12/2018 16:24 - 23/12/2018 16:27

POLLYANA LIMA MOURATO - COREN: 123882 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, VEM TRANSFERIDO DE OUTRO SERVIÇO, CONSCIENTE E ORIENTADO, GLASGOW 15, APRESENTA HISTÓRIA DE TRAUMA EM OMBRO E. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

Observação:

SENHA 5583115

Luxograma sintoma:

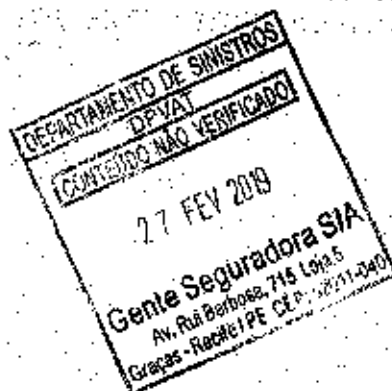
TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: POLLYANA LIMA MOURATO - COREN: 123882 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/12/2018 16:27

**IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL**

**1. Identificação:**

Nome: Willy Fernando Cruz Data: 24.12.18 Registro: 37846  
Convênio: WS Leito: 50103 Hora: 15:00

**2. Equipe médica:**

Cirurgião: Dr. Tullio 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesista: Dr. Romi de Instrumentador: WAGG  
Circulante: Adriana

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Wip Lupote	DI GMS back 24.12.18 01 1 L STEAM 2 L 1 L 24.12.18 3303	DISPOSITIVO C/CHAVE HDH UNISTAR LOT: 03.000.634 EST: 21/12/2018 VAL: 21/12/2019 PLASMA P.H. RESP TECNICO RICARDO LETTE COREN: 342.739
Ameta de Bifurca Punho de fole	24.12.18 01 1 L STEAM 2 L 1 L 24.12.18 3303	CLASS 4 CHEMICAL INDICATOR EN ISO 11140-1:2014 STEAM Black Processed Medsté
rio de 2.0 Machado com	24.12.18 01 1 L STEAM 2 L 1 L 24.12.18 3303	2551 US Patent 6748883 ISO 11140 Class 4 STEAM Process 11 Indicator is same as 101 or 102.
R. L. de inho Punho de AMSS	DI GMS back 23.12.18 02 1 L STEAM 2 L 1 L 23.12.18 4062	
	DI GMS back 24.12.18 02 1 L STEAM 2 L 1 L 24.12.18 4062	
	DI GMS back 24.12.18 02 1 L STEAM 2 L 1 L 24.12.18 4062	
	DI GMS back 24.12.18 02 1 L STEAM 2 L 1 L 24.12.18 4062	
	DI GMS back 24.12.18 02 1 L STEAM 2 L 1 L 24.12.18 4062	

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 39255 Sala : 0003 SALA 03  
Paciente : 37846 LUIZ FERNANDO CRUZ  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO  
Leito : 639 LEITO 6  
Dt. Inicio : 24/12/2018 15:45 Dt. Fim : 24/12/2018 16:45  
Atendimento : 474672  
Carteira :  
Idade : 28 Anos  
Cid Pré-Operatório :  
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 39 BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIÃO 13722 JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA  
ANESTESISTA 11671 DANIELLA GOUVEIA DE MELO

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA DE PLEXO + GERAL
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MSE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS MSE
4. REDUÇÃO DA FRATURA
5. FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 02 FIOS KIRSCHNER 2MM
6. CURATIVO;
7. HEMIOJOTA

HCH - Hospital Dom Helder Camara  
Evângela C. Dias de Souza  
Enfermeira

18 DEZ. 2018

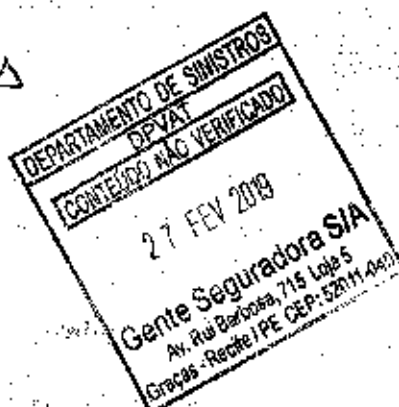
Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Rx. Julio Tadeu Arraes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 13722 - RBO 10.000

DR(A) : JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA  
CRM : 13722

Local: Smob MJ MSE  
Data: 24/12/18 21:30  
Assinado: Elaise





**HOSPITAL  
DOM HELDER CAMARA**



**GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR**

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

**Clinica:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_

Data/Hora	Certo:
05/12/18	* SPPA #
Paciente em 1º DPO frnat. clavícula	E
EGR. consciente, orientado, eufórico	
SSVV estáveis. Segue alta hospitalar	
	Rafaela Henriques Enfermeira CRP-DE 345.127





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

24/12/18

ENX

Paciente

Amir, Francisco Luiz

37.846

Sexo

Cor

Idade

Risco

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO ☐ SIM

Cirurgia

TRO. PAR. FRAT. DE CLAVÍCULA

Horário

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

Drogas Usadas

Quantidade

Xylo e.v.

2PR

ND

3ml

Glaxol na

20

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Propofol

30ml

Monitorização

☒ Cardíaco

☒ Oximétrico

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Elet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swin-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia (BP Plus)

Encaminhado

☒ Afundado

☐ Sonolento

☐ Imibado

☐ Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Ent.

☐ UTI

☐ Extremo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Técnica Anestésica

Bloc. Plexo +

Ax. 1/2

**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Mrs. KENNEDY Cruz Data: 24/12 Hora: 15:00 Registro: 37846  
Convênio: SUS Lado: --- Sexo: --- Altura: ---

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dr. Jairo Anestesiologista: Dr. Tamiella  
Auxiliar: --- 2º Auxiliar: --- Instrumentador: ---

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: troca de fratura de clavícula Início: 15:00 Término: 16:00  
Anestesia: bloqueio Início: 15:35 Término: 16:00

**4 - PRÉ-OPERATÓRIO:**

Estado Geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Grave  
Nível de Consciência: ( ) Orientado ( ) Consciente ( ) Sonolento ( ) Coma  
Respiração: ( ) Espontânea ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Tricotomia: ( ) Sim ( ) Não audível  
Chegou no CC em uso de: ---

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

Posição: Fowler ( ) Lateral ( ) Dorsal ( ) Ventral ( ) Ginecológica ( )  
Banco de Sangue ( ) Laboratório ( ) Radiologia ( ) Peça Cirúrgica: Sim ( )

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Oxímetro de Pulso ( ) Monitor Cardíaco ( ) PNI ( ) Bomba CBC ( ) Aspirador ( )  
Colchão Térmico ( ) Eletrodo Ultrassônico ( ) Antescópio ( ) Microscópio ( )  
Eletrodo Elétrico ( ) Local da Placa: Dorso  
Carro de Anestesia ( ) Dipnômetro ( ) Intensificador ( ) Nº ( )  
Ap. Vídeo ( ) Bomba de Infusão ( )  
Oxigênio ( ) Início: 15:35 Término: 16:00  
Protótipo ( ) Início: --- Término: ---  
Gás Carbônico ( ) Início: --- Término: ---  
Outros: ---

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
27 FEV 2019  
Gente Seguradora S/A  
Nº 7 Av. João Barbosa, 715 - Lapa  
Nas Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Cânula Orotraqueal: Sim ( ) Não ( )  
Sonda Vesical de Demora: Sim ( ) Não ( )  
Drenagem (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( )  
Curativo (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( ) MSK  
Punção Venosa: Sim ( ) Não ( )  
Sonda Gástrica: Sim ( ) Não ( )

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA: Não medicação em  
procedimento de PT  
CIRURGIA: Não medicação em  
montagem do PT

**6 - OBSERVAÇÕES:**

pt segue em SARA 1.1 de recuperação

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Paciente: Acordado ( ) Narcoas ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado ( )  
Encaminhado para: SRPA ( ) S. Intensiva ( ) LIDOR ( ) UTI ( ) Apd ( ) Residência ( )

Data: 24/12 Hora: 16:00 Enfermeira: Rafaela Circulante: ---



HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 2

Nome: Louiz Fernando data: 24/12/19 Hora: 16:55 Registro: 37846  
Leito de origem: \_\_\_\_\_

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: tre. Fratura de clavícula  
Tipo de anestesia: Bloqueio  
Equipe: Dr. Julio Arios Anestesista: Dr. Daniela

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom (x) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave  
Respiração: (x) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não (x) Sim Onde: Mão  
Acesso Venoso Central: (x) Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Drenos: (x) não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_  
Sinais vitais: PA: 140 x 78 mmHg FR: - p/min FC: 65 p/min SaPO2: 98%  
Glasgow: \_\_\_\_\_

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>120 x 67</u>	<u>111 x 58</u>	<u>123 x 70</u>	<u>113 x 73</u>	<u>134 x 95</u>	
FR	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	
FC	<u>65</u>	<u>67</u>	<u>59</u>	<u>70</u>	<u>74</u>	
SaPO2	<u>97%</u>	<u>96%</u>	<u>95%</u>	<u>97%</u>	<u>95%</u>	
Glasgow	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_

Destino: ( ) Enfermaria ( ) UTI ( ) Emergência ( ) Ambulatório ( ) Residência

Data: 24/12/19 Horário: 19h Responsável pelo encaminhamento: Dr. Graca Couto  
Anestesiologista: CRM-5883

Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_



CÓD. 38398



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
IMIP Hospitalar  
CNPJ: 09.039.744/0008-80

## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-84

### FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 37846

Nome: LUIZ FERNANDO CRUZ

Mãe: MARIA LUZINETE CRUZ DO NASCIMENTO

End.: DOUTOR MANOEL CLEMENTINO

Enferm.: LEITO 6

Atendimento: 474672

Leito: 639

Dt. Cad: 28/08/2012

Dt. Nasc: 19/07/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: CABO

CNS:

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

#### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
- Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
  - Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

#### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? **NAO**
- Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **± 1h**

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim **Rx**
- ☐ Não se aplica

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? **NAO**

- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? **Sim**

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☐ Nome do procedimento realizado **Ho. Cirun. Prot. Clavícula**
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) **Sim**
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **NAO**
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **N/A**
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente **Sim**

**Rafaela Henrique**  
Enfermeira  
EUS 127

Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

NO H04

Traumatologia (5183114)

WIZ FERNANDO CRUZ  
28 ANOS

Queda de moto no 014  
trauma no ombro @

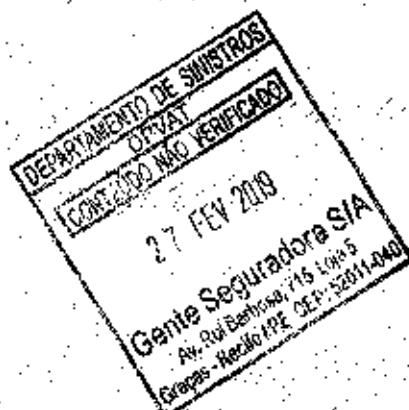
Rx: Proteção do ombro @  
Tubo de drenagem

23.12.13

Data

Dr. Pedro Paulo Brito de Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEPE 24609

Assinatura - CRM







Exame Físico: dor + edema + limitação no  
movimento

ACQUINO ARAUJO

Antecedentes Pessoais:

Medicações em Uso:

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Fratura do 1/3 distal da clavícula (E)

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Cabo de Santo Agostinho, 23/12/18

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE  
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara  
Rodovia BR-101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho - PE

HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA  
BLOCO CIRÚRGICO - SRPAGESTÃO  
IMIP  
HOSPITALARNome: Raiz Fernanda CruzRegistro: 37846

Leito:

Procedimento cirúrgico: POS do crânio anat.Data: 24/12/18

Hora:

DIAGNÓSTICO clavícula INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

## HORÁRIOS

1. Ansiedade ( )

- ( ) Encorajar verbalização dos sentimentos e medos  
( ) Proporcionar apoio emocional  
( ) Dar informação ao paciente e familiares  
( ) Outros

2. Ventilação prejudicada ( )

- ( ) Manter decúbito elevado  
( ) Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário  
( ) Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz  
( ) Manter o paciente em posição de Fowler  
( ) Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR  
( ) Instalar ( ) Manter ( ) Anotar oximetria de pulso  
( ) Outros

3. Padrão de eliminação urinária

( ) Diminuído ( ) Aumentado

- ( ) Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de \_\_\_\_/\_\_\_\_h  
( ) Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen)  
( ) Colocar o paciente em posição de Fowler  
( ) Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição  
( ) Registrar se: ( ) Dor ao urinar  
( ) Abaulamento em região suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea  
( ) outros

4. Dor ( )

Local:

( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa

- ( ) Verificar qual posição adequada do paciente  
( ) Avaliar a localização e a intensidade da dor  
( ) Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação  
( ) Identificar fatores desencadeantes da dor  
( ) Registrar características e intensidades da dor  
( ) outros

5. Integridade tissular prejudicada ( )

- ( ) Descrever características da lesão  
( ) Realizar curativo a cada 24/24h  
( ) Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação  
( ) Medir débito de dreno de \_\_\_\_/\_\_\_\_h  
( ) Manter curativo oclusivo por \_\_\_\_h  
( ) Outros

6. Sangramento ( )

Local:

( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severo

- ( ) Aferir pressão arterial de \_\_\_\_/\_\_\_\_min  
( ) Manter elevado:  
( ) Realizar curativo oclusivo  
( ) Outros

7. Imobilidade no leito prejudicada ( )

- ( ) Pinçar dreno ao manusear o paciente  
( ) Avaliar mobilização de dreno (Tracionado)  
( ) Manter repouso no leito em posição:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
REVAL  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
27/FEV 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Grupos Recife/PE CEP: 51011-040

CÓD. 38806

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ( )	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> Outros	
9. Êmese ( ) Náusea ( )	<input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal ( ) Diminuída ( ) Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de / e comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque Hipovolêmico ✓	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada 15/15 min. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: ( ) Taquicardia; ( ) Palidez cutânea; ( ) Pulso irregular; ( ) Pele fria; ( ) Perda da Consciência <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco de Infecção ✓	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>AVP</u> <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações <input checked="" type="checkbox"/> dor; <input checked="" type="checkbox"/> Calor; <input checked="" type="checkbox"/> Rubor; <input checked="" type="checkbox"/> Edema. <input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Outros	

G - Sonda Nasogástrica

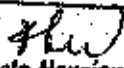
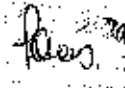
PA - Pressão Arterial

FC - Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 <b>Rafaela Henrique</b> Enfermeira COREN-PE 345.127 <b>ENFERMEIRO(A) - D -</b>	<b>ENFERMEIRO(A) - N -</b>	<b>TÉC. EM ENFERMAGEM - D -</b>	 <b>TÉC. EM ENFERMAGEM - N -</b>
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Helder Fernando Marques			DATA:	24/12	
CIRURGIÃO:	Dr. J. J. J.			RG:	37846	
ANESTESISTA:	Dr. Américo			AUXILIAR:		
CIRURGIÃO:	Dr. J. J. J.			ANESTESIA:	Proquino	
ESTRUMENTADOR:	Mariana			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Mariana	
CIRCULANTE:	Andréia			HORÁRIO INICIAL:	16:00	
ENFERMEIRA:	Suzela			HORÁRIO FINAL:	16:20	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
SADA 10CM	CESSADA 15CM	CESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 18	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 8	
LUVAS			
LUA 7,0	LUA 7,5	LUA 8,0	LUA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	50ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UNIDIF	GAZE	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOPIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCÃO 3,2	SUCCÃO 4,8	SUCCÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 28
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 38
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,8	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OS30	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 8

DEPARTAMENTO DE SUPRIMENTOS  
DPAV  
CONTENIDO NÃO VERIFICADO  
27 FEB 2019



MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
AQUA BIDEESTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
AQUA BIDEESTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 100G/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURUM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		NALOXONA 0,4MG/1ML	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIPENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER C/LACTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIO PLEÓICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTROCETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICÉRIDOS CÁDEIA (TCM) 300ML	
DOSUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEPRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GLICOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPILON 4G C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			



Secretaria de Saúde

NO 1404

RECEITÁRIO

Tratamento ( 5583114 )

1112 PRONTO SOF

23 UNO

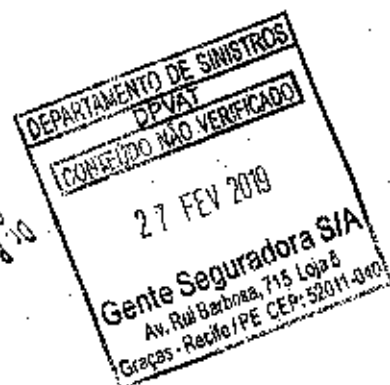
Quilômetro de moto no 017  
Tratamento em clínica

Re: Prontuário Clínico  
Tratamento

23/12/13  
Data

60912-2100  
Otorrinolaringologista  
Dr. Pedro Paulo de Lima  
CRM 2100

Assinatura CRM



## Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

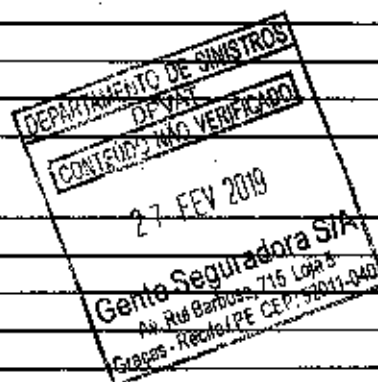
Nome: Luiz Fernando Cruz Registro nº 32846  
Idade:            Sexo:            Data da Admissão: 28/12/18 Data da Alta: 20/12/18

Diagnósticos Definidos: Paciente com trauma em ombro esquerdo  
após acidente com motocicleta (sic)  
pt. fratura 1/3 distal de clavícula 84%  
cod. 842

Condução / Procedimentos Realizados: Tratamento cirúrgico: - redução aberta +  
fixação com fios de K.

Prescrição para o Domicílio: - Antibiótico  
- curativos

Informações Complementares: do ambulatório



Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒ ou 15 dias Data da Consulta:            /            /            NÃO ☐

25/12/18

Assinatura do Médico e Carimbo

Reinaldo M. de Carvalho  
Médico Ortopedia  
CRM - 14861-PE

