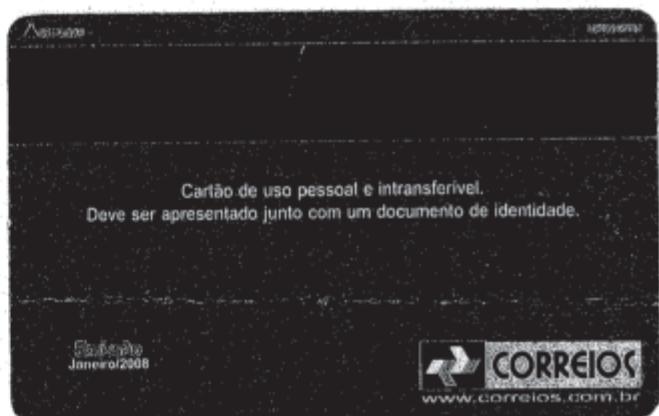
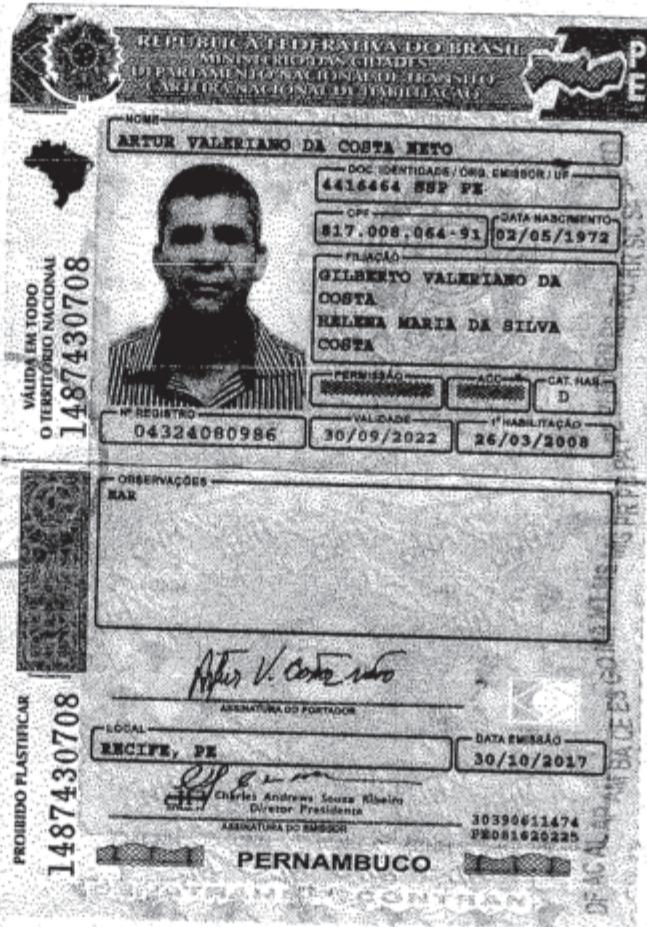




RESIDÊNCIA GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
8.520.349	16/04/2008
NOOME	
<< LUIZ FERNANDO CRUZ >>	
FILIAÇÃO	
<< >>	
<< MARIA LUZINETE CRUZ DO NASCIMENTO >>	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE	19/07/1990
DOC ORIGEM	<< CN.69046 L.A60 F.33 CART. DO CABO-
PE 26.02.2000 >>	
CPF	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 11.118 DE 2005	





# 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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

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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### 1 OUTORGANTE

Luz 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 esq., Bairro Novo, 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, Bairro 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. invalidez

22 de Janeiro de 2019

OUTORGANTE

### SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO

TABELIÃO TITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTA: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS

Reconheço a firma e a autenticidade da  
LUTZ FERNANDO CRUZ, sou eu  
Em testemunha da verdade.

22/01/2019 09:27:54

Custas R\$ 3,99

FSNR R\$ 0,00

Total R\$ 4,79

Elias Mathias dos Santos Tabelião Total R\$ 4,79  
Selo Digital N. 000734AIMG1120180103570  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

AV. DR. JOSÉ HENRIQUE, 996 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.300-000 - TEL: (81) 3534-5555 / 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

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

**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

**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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Marta Marinho dos Santos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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.

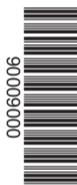
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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 N°. **18E0132002183**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
 que aconteceu no dia **23/12/2018** às **14:15**

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: **19/7/1988** 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 LESAO NA CAVICOLA ESQUERDA; QUE A VITIMA RECEBEU ATENDIMENTO NA UPA DE IPOJUCA E NO HOSPITAL DOM HELDER CAMARA.

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

+ LuiZ FERNANDO CRUZ 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: 00000026738-1

---

Nr. da Autenticação 0CECE01874B36B7F

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

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

CPF nº \_\_\_\_\_, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que residuo 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 do Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50030-902  
 CNPJ 10.835.832/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | 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  
 50010-370

**CLASSIFICAÇÃO**  
 BI RESIDENCIAL  
 RESIDENCIAL

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

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

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
281,000000	0,73875354	192,81
		0,35
		22,73
		1,26

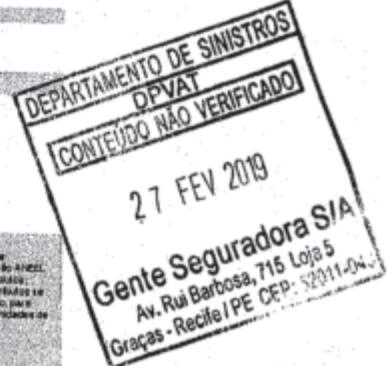
**TOTAL DA FATURA**

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO/DESAFIA NOTA FISCAL						
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE
317048710	CAT	27-11-2018	3.981,00	28-12-2018	3.622,00	31

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/ano		MÉTODO DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	
DEZ18	281	ICMS	193,11	25,03	48,28
NOV18	207	PIS	193,11	0,78	1,52
OUT18	211	COFINS	193,11	3,61	5,57
SET18	188				
AGO18	197				
JUL18	201				
JUN18	211				
MAI18	174				
ABR18	177				
MAR18	180				
FEV18	185				
JAN18	182				
DEZ17	193				
Consumo (kWh/ano)		TARIFAS APLICADAS		Total	
				R\$ 183,18	
				100%	
				0,52156000	
D28F 80E8 C90D 3EFC 2ECC BF3F D270					

**INFORMAÇÕES IMPORTANTE**

Peço ao portador para que leia atentamente as modificações gerais e específicas que alteram a tarifa de consumo de 174 Varzea/Recife/PE, aprovada no Conselho de Tarifa da ANEEL, que entra em vigor a partir da data de emissão da Fatura. Mais informações em: [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). O cliente é responsável pelo cumprimento das normas e regulamentos da ANEEL e da Companhia, bem como das normas e regulamentos da Prefeitura da cidade de Varzea/PE.



DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO			
CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	MÍNIMO	MÁXIMO
DIS	out/2018							
FIC	0,53	5,07	10,75	20,30				
DMC	1,00	3,28	6,47	12,95	220	202	231	
	0,53	2,86	5,07	9,09				

Límite DCR: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição e R\$ 71,56

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](http://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-

Ligaçāo Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligaçāo Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA DOS ANJOS

## ENDERECO

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

## PERÍODO CONSUMO

15/01/2019 a 13/02/2019

## DATA DE VENCIMENTO

20/02/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 60,01

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

13/02/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

13/02/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

050471521

## CONTA CONTRATO

7017960690

## CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

## 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  
7017960690

MÊS/ANO  
02/2019

TOTAL A PAGAR  
R\$ 60,01

VENCIMENTO  
20/02/2019

TALÃO DE PAGAMENTO  
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>

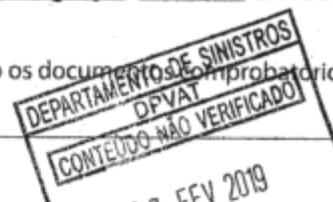
A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, 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 Alfuri Vitoriano dos Cortes inscrito (a) no CPF/CNPJ 817.008.064-191, 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 INVALIDEZ 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, Grau I.

Endereço		Número	Complemento
Rua Apuleu Vieira		113	lara
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Vozes	Recife	PE	50810-370
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			(81) 987169468

Recife , 25 de Fevereiro, de 2019  
Local e Data

Alfuri V. Costa Neto  
Assinatura do Declarante

## Declaração do proprietário do veículo

En. Rosinete Felix de Lima

RG nº 4.300.248

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 3000

Exífernio 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:

modelo:

Motocicleta Honda CG 125 FAN

Ano:

2010

Placa: NXU 7351

Chassi:

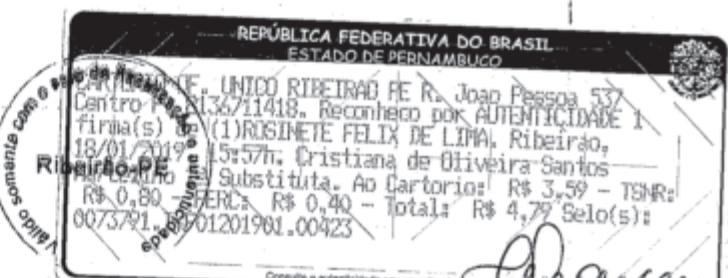
9e2je4110AR670626

Data do Acidente:

23/12/2018

Local e Data:

Ribeirão 18/03/2019



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 RIO DE JANEIRO  
FICHA DE ATENDIMENTO

18 em 18  
Média de atendimentos  
100% das visitas  
100% das presenças

Nº REGISTRO

DATA E HORA

53.299

DO NASCIMENTO

19-07-90

EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL

PACIENTE:

Luis

Fernando

NASCIMENTO:

IDADE:

SEXO:

COR:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

Nº DE IDENTIDADE

I-LIÇÃO

PAI

MÃE

MÃE

ENDEREÇO:

rua

rua

Luzinete

Complemento:

BAIRRO:

Camelias

CIDADE:

DIRENTAÇÃO:

Rio de Janeiro

UF:

TELEFONE:

RJ 9.9459.3644

PROCEDÊNCIA:

MÉIO DE TRANSPORTE:

## CONSULTA DE ENFERMAGEM

DATA:

HORA:

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 checked="" type="checkbox"/>	MD <input type="checkbox"/>	ISOCÓRICAS	

DOH:  SIM  NÃOSUDORESE:  SIM  NÃOPALIDEZ:  SIM  NÃO

EXAME FÍSICO:

Arteria de nádega 60 mmHg  
Tensão arterial 140/90 mmHg

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:

Arteriofistula venosa - E.



## ATENDIMENTO MÉDICO

Motória de Trauma:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Colisão, Encolher, Colidiu <input type="checkbox"/> Não	Acidente de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim
Perda de Consciência:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Perdeu	
Acidente de Trabalho:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Perdeu	
Colisão:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Perdeu	
Alcoolismo:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Perdeu	
Vítima de Furtamento:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Perdeu	
Alucinação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Perdeu	
Condições de Inabilitação Adquirida:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Perdeu	
EXAMES RÍSICOS			

## EXAMES SOLICITADOS, LABORATORIAIS:

## DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADOS:  TOMOGRAFIA  RESONÂNCIA MAGNÉTICA  ANGIOGRAFIA  
 ELETROCARDIOGRAFIA  RX  ULTRASSONOGRAFIA

INVESTIGAÇÃO MÉDICA

DATA:

MORA:

10/05/2013  
 Biópsia admissível  
 UTI admissível

① Típico MS 5  
 ② AO - H2A TPO - 11000

EXPOSIÇÃO A DRUGAS:  Sim  Não

ATENDIMENTO DO CASO:

CLASSIFICAÇÃO RESERVA: 

CONDICAO DE ALTA:

LIBERADO  TÉCNICO  EVADIU-SE OCUPADO  TÉCNICO FINALIZADO  TÉCNICO OBITO 

ASSISTENTE SOCIAL:

ASSISTENTE SOCIAL:

EXAMES DE FATO: TRANSFERENCIA  EXAME EXTERNO 

ASSISTENTE SOCIAL:

EXAMES:

ASSISTENTE SOCIAL:

AUTORIZAÇÃO PARA AUTOMOTIVAMENTO: TRANSFERENCIA

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:

TIPO DE AUTOMÓVEL: MEDICO

ASSISTENTE SOCIAL:

DATA: 09/05/2013

ASSISTENTE SOCIAL:



# 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: 111111111111  
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 VITIMA DE QUEDA DE MOTO, VEM TRANSFERIDO DE OUTRO SERVICO, CONSCIENTE E ORIENTADO, GLASGOW 15, APRESENTA HISTÓRIA DE TRAUMA EM OMBRO E. NEGA ALÉRGIAS MEDICAMENTOSAS.

Observação:

SENHA 5583115

luxograma sintoma:

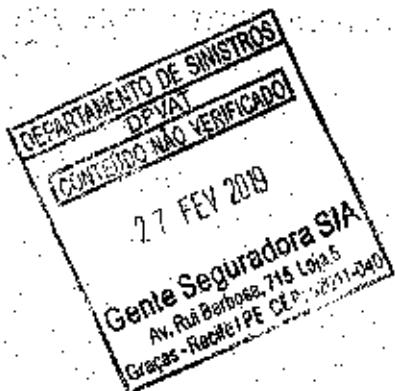
TRAUMA

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 Fernández Arroyo  
Convênio: WS

Data: 24.12.18

Registro: 34-846

Convênio: 145

Leito: 3/6/03

Hora: 15:00

## 2. Équipe médicale

Cirurgião: Di Julio

### 1º auxiliar:

Anestesista: Dr. Adrián de la

Instrumentador: flavio

Circularite: John Smith

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
up Eurot	10/11/18 black 24.12.18 01 1 h STEAM 2100 30.12.18 03	DISPOSITIVO C/CHAVE HDX UNIBESTER LOTE: 03.000.634 EST: 21/12/2018 VAL: 21/12/2019 45949880 PLASMA P.H RESP TECNICO RICARDO LETTE COREN: 342.739
Carta de Bifuri Ponto de foto	10/11/18 black 24.12.18 01 1 h STEAM 2100 30.12.18 03	CLASS 4 CHEMICAL INDICATOR EN160-1103-12014 STEAM Black Processed
to br 2.0 Máquina 10cm	10/11/18 black 24.12.18 01 1 h STEAM 2100 30.12.18 03	2551 US Patent 6148893 ISO11140-02024 STEAM Accept if Indicator is same as ref. or darker
Blindinho puxado remiss	10/11/18 02 1 h STEAM 2100 30.12.18 03	
	10/11/18 02 1 h STEAM 2100 30.12.18 03	
	10/11/18 02 1 h STEAM 2100 30.12.18 03	
	10/11/18 02 1 h STEAM 2100 30.12.18 03	

Aviso de Cirurgia : 39255

Sala : 0003

SALA 03

Atendimento : 474672

Carteira :

Idade : 28 Anos

Paciente : 37846

LUIZ FERNANDO CRUZ

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Leito : 639

LEITO 6

Dt. Início : 24/12/2018 15:46

Dt. Fim : 24/12/2018 16:46

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408010150

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 39

BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

CIRURGIAO

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. HEMIJOTA

HDH - Hospital Dom Helder Camara  
Evangelista C. Dias da Souza

28 DEZ. 2018

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

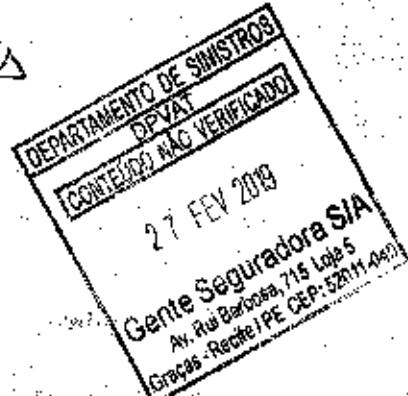
Pk. Julio Tadeu Arraes  
Ortopedia e Reumatologia  
CRM 13722 - 3807 10.600

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

Local: Semob - RJ - MSE

Data: 24/12/18 21:30

Assinatura: Colise





# PERNAMBUCO



# HOSPITAL **DOM HELDER CÂMARA**



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: \_\_\_\_\_

**Registro:** \_\_\_\_\_

## Clinicas:

## Enfermaria>

Leito:





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

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Willy Fernandes Cruz Data: 24/12 Hora: 15:00 Registro: 37346  
Convênio: SUS Líder: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dr. Júlio Anestesista: Dr. Ivanette  
Auxiliar: \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador: Flávia

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: Intervenção de desvascularização do miocárdio Início: 16:00 Término: 16:30  
Anestesia: bloqueo Início: 15:35 Término: 16:00

**4 - PRÉ-OPERATÓRIO:**

Estado Geral:	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave
Nível de Consciência:	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Consolente	<input type="checkbox"/> Sonolento
Respiração:	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Tracheostomizado
Tricônia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>Endovenosa</u>
Chegou no CC em uso de:			

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

Posição: Fowler  Lateral  Dorso  Ventral  Ginecológica   
Banco de Sangue  Laboratório  Radiologia  Peça Cirúrgica: Sim

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco	<input type="checkbox"/>	PNI	<input type="checkbox"/>	Bomba CEC	<input type="checkbox"/>	Aspirador
Colchão Térmico	<input type="checkbox"/>	Bisturi Ultrassônico	<input type="checkbox"/>	Artroscópio	<input type="checkbox"/>	Microscópio	<input type="checkbox"/>	Catéteres
Bisturi Elétrico	<input type="checkbox"/>	Local da Placa	<u>Dorsa</u>					
Carro de Anestesia	<input type="checkbox"/>	Dípofusor	<input type="checkbox"/>	Intubador	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ap. Vídeo	<input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/>					
Oxigênio	<input type="checkbox"/>	Início: <u>15:35</u>	Término: <u>16:00</u>					
Protóxido	<input type="checkbox"/>	Início: _____	Término: _____					
Gás Carbônico	<input type="checkbox"/>	Início: _____	Término: _____					
Outros:								

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DEVAT**  
**CONCILIO NAO VERIFICADO**

27 FEV 2019

**Genito-Sugadora SIA**  
**00000000000000000000000000000000**

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Cápsula Orotraqueal:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Punção Venosa:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Sonda Vesical de Demora:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Sonda Gástrica:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Drenagem (Tipo e Local):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Curativo (Tipo e Local):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA: \_\_\_\_\_ CIRURGIA: \_\_\_\_\_

Medicação com anestésico do pt.

Medicado ao montante  
do pt.

**6 - OBSERVAÇÕES:**

pt. nesse pt. se pôs 1.1. liberar contulito

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Paciente:	<input type="checkbox"/> Acordado	<input type="checkbox"/> Narcos	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Tracheostomizado
Encaminhado para:	<input type="checkbox"/> SRPA	<input type="checkbox"/> B. Intensiva	<input type="checkbox"/> LIGOR	<input type="checkbox"/> UTI
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aptº
				<input type="checkbox"/> Residência

Data: 24/12 Hora: 16:00 Enfermeira: Rufinha Circulante: Andréa



1. Identificação

Leito da SRPA: 2

Nome: Tony Fernandes

Data: 24/12/19

Hora: 16:53

Registro: 37846

Leito de origem:

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: tre. Fratura de clavícula

Tipo de anestesia: Bloqueio

Equipe: DM: Julio Armas

Anestesista: DM: Daniela

3. Admissão

Estado geral:  Bom  Regular  Torporoso  Grave

Respiração:  Espontânea  Assistida não invasiva  Entubado  Traqueostomizado

Sonda:  SVD  ISNG  SNE

Acesso Vênoso Periférico:  Não  Sim Onde: Mso

Acesso Vênoso Central:  Não  Sim Onde:

Drenos:  não  sim Onde:

Sinais vitais: PA: 140 x 78 mmHg FR: ~ p/min FC: 65 p/min SaPO2: 98%

Glasgow:

4. Monitorização

SSVV/	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
Horário	<u>17:10</u>	<u>17:25</u>	<u>17:55</u>	<u>18:25</u>	<u>18:55</u>	
PA	<u>100X67</u>	<u>111X58</u>	<u>123X70</u>	<u>113X73</u>	<u>123X95</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>99%</u>	
Glasgow	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	

5. Intercorrências/observações:

DEPARTAMENTO DE SANGRAS  
OPVAT  
(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

27 FEV 2019

Gente Seguradora SIA  
Av. Rio Branco, 116 - 1º piso  
69025-000 - Recife/PE - CEP: 52011-000

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: ~ FC: ~ FR: ~ SaPO2: ~ Glasgow: ~

Destino:  Enfermaria  UTI  Emergência  Ambulatório  Residência

Data: 27/12/19 Hora: 19:00 Responsável pelo encaminhamento: Graça Couto

Anestesiologista  
CRM: 5883

Alta da SRPA pelo médico:

CÓD. 38398



SECRETARIA DE SAÚDE

NO. 104

RECEBIMENTO

Travessalos (5583114)

Wiz Fávaro do Crv3

28 Crv3

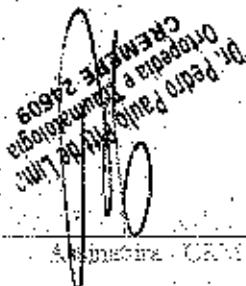
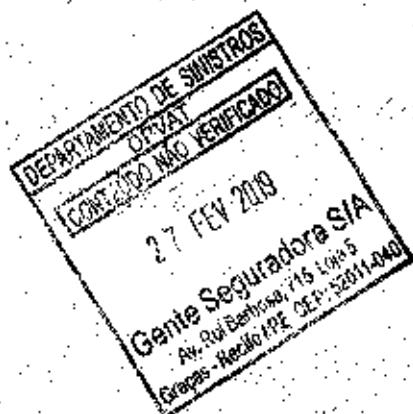
Acidente de moto no 014

Enviado no outro Ⓢ

xx: Fratura clavicular Ⓢ

Tensão direta

- 23/12/18



## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: Luis Fernando Cruz Registro: 37846 Nº Atendimento: 474664

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim ( ) Não

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: Dores noombro (E) La Ulliones

História da Doença Atual: intervento de acidente com moto

há 1 hora referindo dores no  
ombro (E) e limitação funcional

### Interrogatório Sintomatológico

Exame Físico: dor + edema + limitações no  
ombro

ACHADOS ESPECIAIS

Antecedentes Pessoais:

Medicações em Uso:

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura do 1º 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

Nome: <u>Doméne Fernanndo</u>		Registro: <u>37846</u>	Leito:
Procedimento cirúrgico: <u>POSSAO urin. Encef.</u>		Data: <u>24/12/18</u>	Hora:
DIAGNÓSTICO <u>classeula</u>		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
<b>1. Ansiedade</b> ( <input checked="" type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Aumentada		<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros	
<b>2. Ventilação prejudicada</b> ( <input checked="" type="checkbox"/> )		<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar ( <input type="checkbox"/> Manter ( <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de _____ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: ( <input type="checkbox"/> Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica ( <input type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros	
<b>3. Padrão de eliminação urinária</b> <input type="checkbox"/> Diminuído ( <input type="checkbox"/> ) Aumentada		<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada _____ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de _____ h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por _____ h <input type="checkbox"/> Outros	
<b>4. Dor</b> ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Local: <input type="checkbox"/> Leve ( <input type="checkbox"/> ) Moderada ( <input type="checkbox"/> ) Severa		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de _____ min. <input type="checkbox"/> Manter elevado: <input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Pincar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição	
<b>5. Integridade tissular prejudicada</b> ( <input checked="" type="checkbox"/> )		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de _____ min. <input type="checkbox"/> Manter elevado: <input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Pincar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição	
<b>6. Sangramento</b> ( <input type="checkbox"/> ) Local: <input type="checkbox"/> Leve ( <input type="checkbox"/> ) Moderada ( <input type="checkbox"/> ) Severo		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de _____ min. <input type="checkbox"/> Manter elevado: <input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Pincar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição	
<b>7. Imobilidade no leito prejudicada</b> ( <input type="checkbox"/> )		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de _____ min. <input type="checkbox"/> Manter elevado: <input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Pincar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição	

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS  
CONCEITO DE SISTEMAS  
21/02/2019  
21/02/2019  
Gerente Seguradora SIAI  
Av. Antônio Barreto, 715 - Barreto - São Paulo - SP - CEP 01110-000  
Graças ao apoio da Seguradora SIAI

## DIAGNÓSTICO

## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

## HORÁRIOS

8. Desidratação ( )

- Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada \_\_\_\_ h
- Avaliar e registrar umidade de muco
- Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária
- Registrar turgor e elasticidade da pele
- outros

9. Êmese ( ) Náusea ( )

- Registrar aspectos e quantidade de episódios
- Verificar posicionamento da SNG/SNE
- Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada
- Outros

10. Temperatura Corporal

( ) Diminuída ( ) Elevado

- Aferir temperatura de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ h e comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C
- Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica
- Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente
- Outros

11. Choque Hipovolêmico

- Aferir sinais vitais a cada 15/15 min.
  - Avaliar coloração e umidade da pele
  - Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.
- Verificar sinais como: ( ) Taquicardia; ( ) Palidez cutânea; ( ) Pulo irregular; ( ) Pele fria; ( ) Perda da Consciência
- Outros

12. Risco de Infecção ( )

- Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização
- Registrar e anotar sinais flogísticos Local: *Ano*
- Examinar F.O. e registrar alterações ( ) dor; ( ) calor; ( ) rubor; ( ) edema
- Outros

- Outros

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC - Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoseste

AVP - Acesso Venoso Periférico

*glu*  
Rafaela Henrique  
Enfermeira  
COREN-PE 345.127

ENFERMEIRO(A) - D -

ENFERMEIRO(A) - N -

TÉC. EM ENFERMAGEM - D -

TÉC. EM ENFERMAGEM - N -

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

PACIENTE:	Jefferson Fernando da Mota			DATA:	2017/02			
CIRURGIÃO:	Dr. Juliano			RG:	37846			
ANESTESISTA:	Dr. Amílcar			AUXILIAR:				
CIRURGIA:	M. laringofaringoplastia de clivagem			ANESTESIA:	Halotano			
ESTRUMENTADOR:	Ricardo			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ricardo			
CIRCULANTE:	Andrea			COREN:				
ENFERMEIRA:	Bárbara			HORÁRIO INICIAL:	16:00			
				HORÁRIO FINAL:	16:20			
Descrição Material Usado em Sala					Descrição Material Usado em Sala			
AGULHAS					DRAGOS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14	
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4	
ATADURAS					BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 38	
SADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM						
CANULAS					SONDAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	ENTERAL 10	ENTERAL 12			
TRAQUEOST 9,0				ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0	
CATETER					ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0	
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0	
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20	
LIMPADORES					FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20	
CURATIVOS					NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4	
EQUIPOS					URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
BOMBA	BOMBA FOTO	PSANGUE	P/SORO MACRO	URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20	
EXTENSORES					FIOS CIRÚRGICOS			
20CM	40CM	60CM	120CM	ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA	
LAMINAS					CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0	
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 8		SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0	
LUVAS					NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0	
SERINGAS					POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
1ML	3ML	5ML	10ML	PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0	
20ML	60ML	60ML CATETER		VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0	
AVENTAL CIRUR	BS. COLOSTOMIA	COMPRESAS	CAPA P/VIDEO	VICRYL 4-0	CERA P/OSO	MARCAPASSO	VALVEKIT	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS	SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0	
ELETRODES	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAM	SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6	
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA					
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO					

DEPARTAMENTO DE SINDRUM  
CONTEÚDO PAC VERIFICADO  
27 FEV 2019

## MEDICAMENTOS DA SALA CIRÚRGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML		IMIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MICRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURUM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 1MG/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/2ML		NEOMACINA + 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/3ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTASSIO 10% C/10ML		REMIPENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER CLÁCTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONGUERONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIOPLEGICA C/10ML	
DEXAMETASONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTROCETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 0,005CG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 10UMG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPRIVONA 500MG/2ML		TRIGLICERÍDEOS CADÉIA (TCM) 200ML	
DOSUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C-500MG/6ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEPRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/1ML			
FENTANIL 0,075MG/10ML			
FENTANIL 0,075MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/3ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GLICOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 5% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPSILON 4G C/20ML			
LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAINA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAINA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROROL 5MG/5ML (SELOKEN)			



Secretaria de Saúde

No H<sub>2</sub>H

## RECENTÁRIO

Trochonotoligia (5583116)

1112 Franklin Street

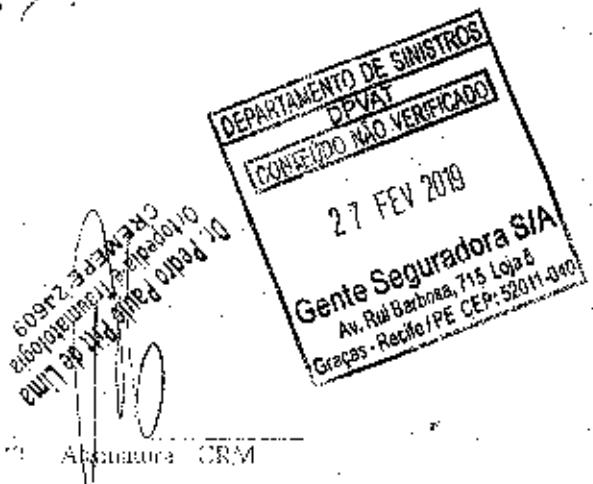
23 Mar

June 16 1900 Ad. 017  
Tadpoles in airways (S).

Mr. Foster Coulter  
Taxes, dental.

23/12/13 - 35  
Data

Abschaffung des BM



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

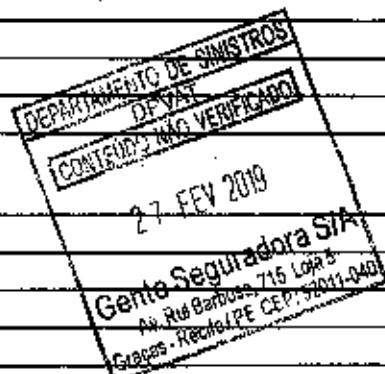
Nome: Luiz Fernando Cruz Registro nº 37286  
 Idade:  Sexo:  Data da Admissão: 23/12/18 Data da Alta: 25/12/18

Diagnósticos Definidos: Paciente com fratura em outos esqueleto  
2ºº acidente com motocicleta (sic)  
Pt. Fratura 1/3 lateral de esquerda esq.  
CPN: 542

Conduta / Procedimentos Realizados: Tratamento cirúrgico: - redução cerrada +  
sutura com fio de N.

Prescrição para o Domicílio: Analgésico  
- orientações

Informações Complementares: do ambulatório



Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM  Data da Consulta: / / NÃO

25/12/18

Assinatura do Médico e Carimbo

Reinaldo M. de Carvalho  
 Médico Ortopedista  
 CRM: 14861-PE

