

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0826805-83.2019.8.18.0 x Merge PDF files online. x + -

Não seguro | tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=322291&ca=a6191c01a154d3f02400... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

**Pje** ProceComCiv 0826805-83.2019.8.18.0140 MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO S...

11114998 - CONTESTAÇÃO (2739400 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 03/08/2020 18:17:13

03 Aug 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 11114995 - CONTESTAÇÃO
    - 11114998 - CONTESTAÇÃO (2739400 CONTESTACAO 01)
    - 11114999 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
    - 11115001 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 11115002 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 11115003 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 11

2739400- C3/ 2020-02775/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Ativar o Windows  
Faça a configuração de seu computador para ativar o Windows.

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf Exibir todos

18:17 03/08/2020



03/08/2020

Número: **0826805-83.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **03/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                        |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                               |                         |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA (AUTOR)                           |                    | ALBEJANE SILVA LIMA (ADVOGADO)<br>CRISTIANO SOARES DO NASCIMENTO (ADVOGADO) |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                    |                                                                             |                         |
| Documentos                                                    |                    |                                                                             |                         |
| Id.                                                           | Data da Assinatura | Documento                                                                   | Tipo                    |
| 11114<br>999                                                  | 03/08/2020 18:17   | <a href="#">PROC ADM</a>                                                    | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190426338 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 28/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.  
P-5-6-9-27-44-51-53.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das  
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA. VÍTIMA JÁ INDENIZADA NO VALOR DE R\$ 1.687,50 POR DEFICIT MODERADA DO OMBRO DIREITO. EM 25/07/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190426338 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 25/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.  
P-5-6-9-27-44-51-53.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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          |



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236832/19

Vítima: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

CPF: 071.296.723-07

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2019

Titular do CPF: MAURO CEZAR TAVARES  
PEREIRA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

OUTROS



MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA : 071.296.723-07

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: 12/07/2019  
Nome: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA  
CPF: 071.296.723-07

MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019  
Nome: Patrícia Aleixo Silva  
CPF: 068.500.787-12

Patrícia Aleixo Silva



SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

( ) MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ( ) DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MAURO LEZAR TAVARES REBEIRA

DATA DO ACIDENTE 29.04.19 POSSUI CPF ☒ SIM ( ) NÃO Nº CPF 071.296.723-07

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ( ) Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)  
( ) CPF do Representante Legal (cópia simples)  
( ) Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ( ) Não  
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
( ) Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ( ) Sim ☒ Não  
☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.  
( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário  
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
☒ CPF da vítima (cópia simples)  
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)  
☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não  
( ) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
( ) Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)  
( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário  
( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
( ) CPF da vítima (cópia simples)  
( ) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)  
( ) Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ( ) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não  
( ) Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ( ) Sim ( ) Não  
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
( ) Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
( ) CPF da vítima (cópia simples)  
( ) Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)  
( ) CPF de todos os beneficiários (cópia simples)  
( ) Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).  
( ) Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)  
( ) Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ( ) Sim ( ) Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**  
( ) Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)  
( ) Declaração de Cônjuge (original)  
**BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**  
( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)  
**BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**  
( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)  
( ) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)  
( ) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge  
( ) Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge  
**BENEFICIÁRIO DESCENDENTE ( FILHO(A) OU NETO(A))**  
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)  
**BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**  
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)  
**BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**  
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)  
( ) Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)  
( ) Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)  
( ) Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) MAURO LEZAR TAVARES REBEIRA  
Quem é o portador? ☒ Vítima ( ) Beneficiário ( ) Representante Legal - CPF do portador  
E-mail: ALBERTO@GMAIL.COM Tel: 9699447-985  
Data: 24/06/19 Assinatura: Mauro Lezar TAVARES REBEIRA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC RIVERDE (CORRIGIOS)  
Atendente: LUIZ VAZ FONTINHA NOVO Matrícula: 85275095  
Data: 01.07.19 Assinatura: [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:17:12

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318171155900000010533516>

Número do documento: 20080318171155900000010533516

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Comércios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236832/19

Número do Sinistro: 3190426338

Vítima: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

CPF: 071.296.723-07

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 27/04/2019

Titular do CPF: MAURO CEZAR TAVARES  
PEREIRA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

Outros



### 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 cancela 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: 20/08/2019  
Nome: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA  
CPF: 071.296.723-07

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019  
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa  
CPF: 164.083.787-65

MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

Nathalia Beatriz Braga Costa



PEDIDO DE REANALISE DE SEGURO  
DPVAT

SINISTRO: 3190426338

EU, MAURO CÉZAR TAVARES PEREIRAS, Brasileiro  
Solteiro atendente / balconista, portador do RG

nº 3.198.152 SSP/PI e CPF nº 071.296.723.07

~~residente e domiciliado na Rua Adalberto Correia~~

~~Lima 3038 bairro Ininga, Teresina - PI~~

através desta solicitar REANALISE de meu  
pedido de Seguro DPVAT, Sinistro nº 3190426338  
pelo que se segue.

RECEBIDO

14 AGO 2019

Seguradora Líder DPVAT

em 27 de abril de 2019 fui vítima de acidente de  
trânsito quando pilotava motocicleta de minha propriedade  
passado alguns meses, dei entrada no pedido do Seguro DPVAT  
ora discutido no início do mês de julho de 2019.

o referido pedido foi registrado em 24 de julho de 2019  
pelo Seguradora Líder. Sendo deferido o pedido de indenização  
com pagamento liberado em 30 de julho de 2019 sem que  
eu tenha passado sequer por perícia

ocorre que não concordo com o valor liberado (R\$ 1.687,50  
tendo em vista não ser adequado a um proporcional  
considerando as lesões que sofri em decorrência do  
acidente.

Dessa forma deixo informar que em decorrência do acidente  
tive que ser submetido a cirurgia, na qual foi implantada  
platina varios pinos para fixar novamente a minha  
clavícula.



malta - rs que, tão grande foram as lutas, que  
live' que se azeiteado das atividades laborais  
por mais de 90 dias.

Plantando, e no luto, que o valor disponibilizado pela  
Seguradora lidar e incompatível com o grau das lutas  
que se foi e não isto. Inadada, na tabela legal  
prevista na Lei 6.194/74 devido ser objeto de  
uma mulher para que seja ~~estabelecido~~ ~~estabelecido~~ ~~estabelecido~~

Teresina (PS), 09 de agosto de 2019

Prático Celso Tauris Perinot





## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

11/06/2019 11:37

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 58680290 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 184212/8

Profissional(is): MARCELO RODRIGUES NASCIMENTO COREN 664006 [1] Nº: 37627502 27/04/2019 às 14:19

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE TILATIL AMPL 40MG EV PREPARADO E ADMINISTRADO AS 14:19, EM 27/04/2019 POR MARCELO RODRIGUES NASCIMENTO, COREN/PI 664006. [1]

### AValiação DE RISCO

Hemorragia Puerperal [1]

Lesão Por Pressão Adulto (Braden) [1]

Lesão Por Pressão Pediátrico (Braden Q) [1]

Queda Adulto (Morse) [1]

Queda Pediátrica (Humpty-Dumpty) [1]

Fiebre [1]

Tromboembolismo Venoso Clínico [1]

Documentação médica - responsável



**RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO**

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

11/05/2019 11:37

|                                     |                                                             |                                |                       |                      |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente:                           | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                                 | DL Nasc.: 16/10/1991           | Atendimento: 58680290 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio:                           | HAPVIDA TERESINA                                            | Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO | Leito: 184212/8       |                      |
| Profissional(is):                   | MARCIO BATISTA DE CARVALHO, MEDICO, CRM 5047, (1)           | Nº: 37636868                   | 27/04/2019            | às 17:47             |
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>                |                                                             |                                |                       |                      |
| Nº Atendimento                      | 58680290                                                    |                                |                       | [1]                  |
| Nome Completo                       | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                                 |                                |                       | [1]                  |
| Data De Nascimento                  | 16/10/1991                                                  |                                |                       | [1]                  |
| Nome Da Mãe                         | FRANCISCA JULIA TAVARES PEREIRA                             |                                |                       | [1]                  |
| Data Da Internação                  | 27/04/2019                                                  |                                |                       | [1]                  |
| <b>HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA</b> |                                                             |                                |                       |                      |
| HDA                                 | PACIENTE COM DOR NO OMBRO DIREITO APOS ACIDENTE DE TRANSITO |                                |                       | [1]                  |
|                                     | EF: DOR EDEMA ADM PRESERVADA                                |                                |                       |                      |
|                                     | RX FRATURA DE CLAVICULA DESVIADA                            |                                |                       |                      |
|                                     | CD: INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA                                |                                |                       |                      |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                |                                                             |                                |                       |                      |
| FC                                  | 70 bpm                                                      |                                |                       | [1]                  |
| <b>OUTROS DADOS E SINAIS</b>        |                                                             |                                |                       |                      |
| <b>COMORBIDADES</b>                 |                                                             |                                |                       |                      |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                  |                                                             |                                |                       |                      |
| CID Principal                       | S420 FRATURA DA CLAVICULA                                   |                                |                       | [1]                  |
| <b>PARÊCER DO ESPECIALISTA</b>      |                                                             |                                |                       |                      |
| <b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>     |                                                             |                                |                       |                      |
| Encaminhamento Do Paciente          | POSTO DE ENFERMAGEM                                         |                                |                       | [1]                  |





## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

28/05/2019 08:30

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 59442327 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: Leito: /

Profissional(is): ISABELLY CRISTINA HONORATO DE QUEIROZ CRM 7343 J1 Nº: 39204834 28/05/2019 às 08:27

## ANAMNESE

|                                   |                                                                                                 |     |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Queixa Principal                  | Paciente operado por fratura na clavícula há 1 mes, comparece ao PS para realizar debridamento. | [1] |
| Queixa Principal                  |                                                                                                 |     |
| Diagnóstico Inicial               | 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>                                                                        | [1] |
| CID10                             | T813 DEISCENCIA DE FERIDA CIRURGICA NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE                             | [1] |
| Alergias                          | Não                                                                                             | [1] |
| Medicação Em Uso                  | alevo e melocox                                                                                 | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | já citada                                                                                       | [1] |
|                                   | 99                                                                                              | [1] |

## EXAME FÍSICO

|                         |        |     |
|-------------------------|--------|-----|
| Frequência Cardíaca     | 87 bpm | [1] |
| Frequência Respiratória | 12 IPM | [1] |
| Pa Sistólica            | 120    | [1] |
| Pa Diastólica           | 80     | [1] |

## DIAGNÓSTICO

|       |                                                                     |     |
|-------|---------------------------------------------------------------------|-----|
| CID10 | T813 DEISCENCIA DE FERIDA CIRURGICA NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE | [1] |
| CID10 | T813 DEISCENCIA DE FERIDA CIRURGICA NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE | [1] |

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE C/ PRONTUÁRIO  
EM, 11/06/19  
*Conceição*  
ASSINATURA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE POR: ISABELLY CRISTINA HONORATO DE QUEIROZ 05660147346, às 13:06BRT de 28/05/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:17:12  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318171155900000010533516>  
Número do documento: 20080318171155900000010533516

Num. 11114999 - Pág. 10



PREScrição MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 28/05/2019 08:30

|                                       |                         |                       |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA | Dt. Nasc. 16/10/1991    | Atendimento: 59442327 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA            | Nº Prescrição: 22077619 | 28/05/2019 às 08:30   |
| Posto: REC. EMG ADI - HRP             | Leito: /                | Prontuário: 14346426  |
|                                       |                         | Peso: kg              |
| 1. PUNCAO CISCALP                     |                         | CRM-7343              |

Profissionais: CRM-7343

ISABELLY CRISTINA HONORATO DE QUEIROZ

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE

RP1541

ISABELLY CRISTINA HONORATO DE QUEIROZ

IP: 10.1.32.209

28/05/2019 08:30



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:17:12

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318171155900000010533516>

Número do documento: 20080318171155900000010533516

Num. 11114999 - Pág. 11



# FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

11/05/2019 11:35

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA DT. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 59457945 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: SRP-02/1

Profissional(is): ADRIANA SILVEIRA COSTA, ENFERMEIRO(A), COREN 381279 [1] Nº: 39231574 28/05/2019 às 15:58

|                                         |                             |     |
|-----------------------------------------|-----------------------------|-----|
| <b>PACIENTE</b>                         |                             |     |
|                                         | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA | [1] |
| Date De Admissão                        | 28/05/2019                  | [1] |
| <b>PRÉ-OPERATÓRIO</b>                   |                             |     |
| Tipo De Cirurgia                        | Emergência                  | [1] |
| Data Da Cirurgia                        | 28/05/2019                  | [1] |
| Procedimento Cirúrgico Proposto         | DESBRIDAMENTO               | [1] |
| Pulseira De Identificação               | MSD                         | [1] |
| Comorbidades                            | NÃO                         | [1] |
| Nome, dosagem, frequência               | NÃO                         | [1] |
| Alergia- Descrição                      | NEGA                        | [1] |
| <b>NUTRICIONAL / METABÓLICO</b>         |                             |     |
| Conservado                              | Sim                         | [1] |
| <b>INTRA-OPERATÓRIO</b>                 |                             |     |
| Responsável Pelo Recebimento            | ENF. ADRIANA                | [1] |
| Hora                                    | 15:40                       | [1] |
| Sala                                    | SL 02                       | [1] |
| Condições Da Pele ao início da cirurgia | PELE ÍNTEGRA                | [1] |



**RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO**

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

11/06/2019 11:36

|                                                                           |                                                                                                                                                                   |                       |                      |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                                     | DL. Nasco.: 16/10/1991                                                                                                                                            | Atendimento: 59442327 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                                                | Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO                                                                                                                                    | Leito: 184212/1       |                      |
| Profissional(is): RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO, MEDICO, CRM 65961/1 |                                                                                                                                                                   |                       |                      |
| Nº: 39207201 28/05/2019 às 09:10                                          |                                                                                                                                                                   |                       |                      |
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>                                                      |                                                                                                                                                                   |                       |                      |
| Nº Atendimento                                                            | 59442327                                                                                                                                                          |                       | [1]                  |
| Nome Completo                                                             | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                                                                                                                                       |                       | [1]                  |
| Data De Nascimento                                                        | 16/10/1991                                                                                                                                                        |                       | [1]                  |
| Nome Da Mãe                                                               | FRANCISCA JULIA TAVARES PEREIRA                                                                                                                                   |                       | [1]                  |
| Data Da Internação                                                        | 28/05/2019                                                                                                                                                        |                       | [1]                  |
| <b>HDA / EXAME FÍSICO / CONDUTA</b>                                       |                                                                                                                                                                   |                       |                      |
| HDA                                                                       | Paciente operado por fratura da clavícula há 1 mes, comparece ao PS para realizar debridamento. Evolui com deiscência de FO, necessitando de abordagem cirurgica. |                       | [1]                  |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                      |                                                                                                                                                                   |                       |                      |
| Dispensa Registro de Sinais Vitais                                        | Sim                                                                                                                                                               |                       | [1]                  |
| <b>OUTROS DADOS E SINAIS</b>                                              |                                                                                                                                                                   |                       |                      |
| <b>COMORBIDADES</b>                                                       |                                                                                                                                                                   |                       |                      |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                        |                                                                                                                                                                   |                       |                      |
| CID Principal                                                             | T813 DEISCENCIA DE FERIDA CIRURGICA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE                                                                                               |                       | [1]                  |
| <b>PARER DO ESPECIALISTA</b>                                              |                                                                                                                                                                   |                       |                      |
| Parer                                                                     | Ortopadista: debridamento cirurgico                                                                                                                               |                       | [1]                  |
| <b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>                                           |                                                                                                                                                                   |                       |                      |
| Plano Terapêutico                                                         | Procedimento cirurgico                                                                                                                                            |                       | [1]                  |
| Encaminhamento Do Paciente                                                | POSTO DE ENFERMAGEM.                                                                                                                                              |                       | [1]                  |





# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

11/05/2019 11:36

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 59442327 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 184212/1

Profissional(is): ISABELLY CRISTINA HONORATO DE QUEIROZ CRM 7343 [1] Nº: 39207194 28/05/2019 às 09:09  
RODRIGO ANDRADE DE FIGUEIREDO REGO CRM 6696 [2]

## ANAMNESE

### Queixa Principal

Paciente operado por fratura na clavícula há 1 mes, comparece ao PS para realizar debridamento. Evolui com deiscência de FO.

[2]

## EXAME FÍSICO

### Aspecto Geral

Paciente operado por fratura na clavícula há 1 mes, comparece ao PS para realizar debridamento. Evolui com deiscência de FO.

[1]

CONFERE C/ PRONTUÁRIO  
EM 11/06/19  
ASSINATURA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:17:12

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318171155900000010533516>

Número do documento: 20080318171155900000010533516

Num. 11114999 - Pág. 14



Rio Poty

## BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 21:32

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                        |              |          |             |          |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------|--------------|----------|-------------|----------|
| Paciente:                 | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Di. Nasc.: | 16/10/1991             | Atendimento: | 58685016 | Prontuário: | 14348426 |
| Convênio:                 | HAPVIDA TERESINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Posto:     | CENTRO CIRURGICO - HRP | Leito:       | SL-1/1   |             |          |
| Profissional(is):         | MARCELO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM 50471                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nº:        | 37644728               | 27/04/2019   | às       | 21:26       |          |
| <b>DIAGNOSTICO</b>        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                        |              |          |             |          |
| Diagnóstico Clínico       | S420                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Diagnóstico Cirúrgico     | S420 FRATURA DA CLAVICULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                        |              |          |             | [1]      |
| <b>DADOS DA CIRURGIA</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                        |              |          |             |          |
| Data Da Cirurgia          | 27/04/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Hora Da Cirurgia          | 21:26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Cirurgia                  | OSTEOSSINTESE CLAVICULA D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Cirurgião                 | dr marcio batista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Descrição Cirúrgica       | 1- paciente sob bloqueio e anestesia geral<br>2- assepsia, antissepsia, campos estereis<br>3- via de acesso anterior para clavicula<br>4- disulsaõ por plano redução cruenta, passagem de parafuso de tração no fragmento distal<br>5- colocação de placa de reconstrução com 3 parafusos proximais e 2 distais<br>6- hemostasia, lavagem com sf, suturas<br>7- curativo esteril |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Códigos Dos Procedimentos | 30717108                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                        |              |          |             | [1]      |

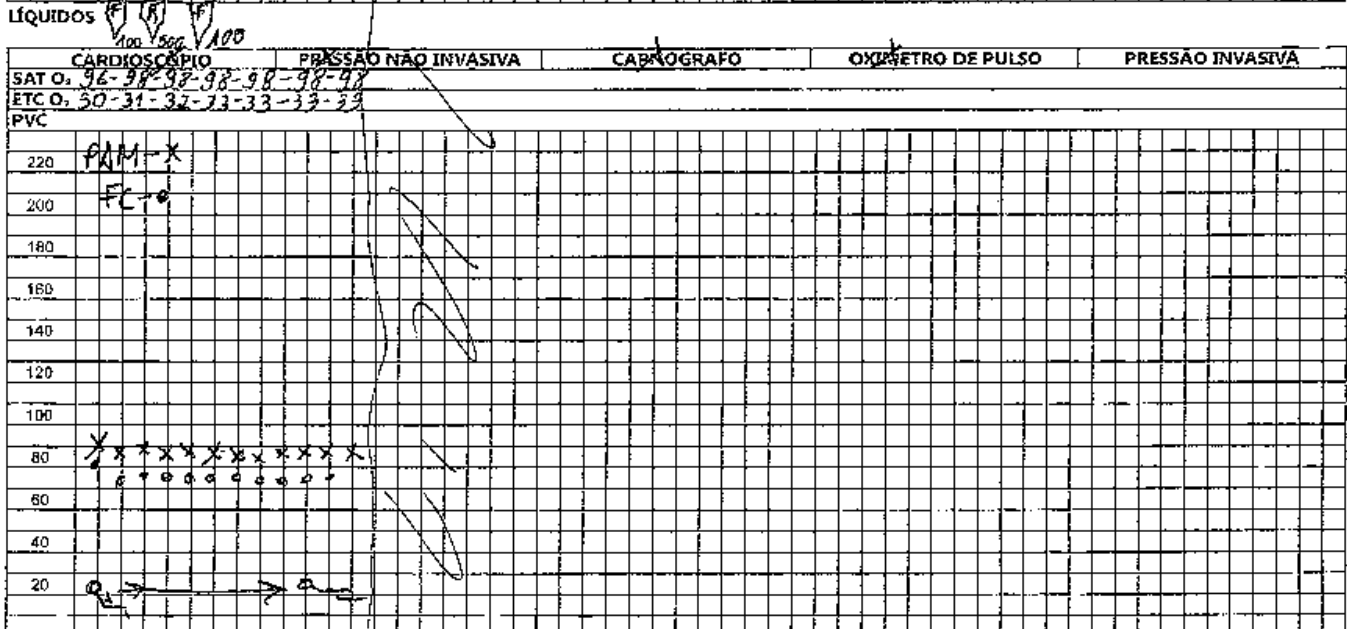
Dr. Marcio Batista de Carvalho  
CRM 50471  
Ortopedia e Traumatologia  
LEO 14388



# FICHA DE ANESTESIA

Nome: Maura Pizar Tavares Pereira Data: 27.09.19  
Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M (x)  
Prontuário: 19398426 Convênio: Hapvida  
Diagnóstico: exatuse de clavícula  
Cirurgia: Fr. Ant. Clavícula Anestesia: Genl + Bloqueio Pinfhaico  
Cirurgião: Mauro ASA: I

| A | HORA             | 8:05 | 9:05 | 9:55 |
|---|------------------|------|------|------|
| G | O <sub>2</sub>   |      |      |      |
| E | N <sub>2</sub> O |      |      |      |
| N | Ar               |      |      |      |
| T | Quil             | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| S |                  |      |      |      |



| DROGAS                                                           |                      |        |        |         | EVENTO                                 |                                          |        |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|--------|---------|----------------------------------------|------------------------------------------|--------|
| 1                                                                | Pilozolima EV 2g     | 9      |        |         | 2                                      | APA + chick-lit                          |        |
| 2                                                                | Midazolam EV 10mg    | 10     |        |         | 3                                      | AVP 120 M3L                              |        |
| 3                                                                | Quil 1025 EV 2g      | 11     |        |         | 4                                      | RO 3 M + 10T + 10D + V.M.I               |        |
| 4                                                                | Propofol EV 2g       | 12     |        |         | 5                                      | Profilaxia antibiótica, pilox e antídoto |        |
| 5                                                                | Ureterol EV 8mg      | 13     |        |         | 6                                      | Bloqueio plexo cervical supratentorial   |        |
| 6                                                                | Curina EV 40mg       | 14     |        |         | 7                                      | Intubação orotraqueal com UG, agulha     |        |
| 7                                                                | Clonidina EV 9.5mg   | 15     |        |         | 8                                      | RO 3 M + 10T + 10D + V.M.I               |        |
| 8                                                                | Alprazolam EV 0.4mg  | 16     |        |         | 9                                      | Intubação com intubador                  |        |
| 9                                                                | Neostigmina EV 0.5mg | 17     |        |         | 10                                     | RO 3 M + 10T + 10D + V.M.I               |        |
| 10                                                               |                      | 18     |        |         |                                        |                                          |        |
| LÍQUIDOS                                                         | VOLUME               | PERDAS | VOLUME | BALANÇO | Entubação:                             | Naso                                     | Sonda: |
|                                                                  |                      |        |        |         | Oral                                   |                                          |        |
|                                                                  |                      |        |        |         | Canula 7.5                             |                                          |        |
|                                                                  |                      |        |        |         | Respiração: Espont.                    | Assist                                   | Mecan  |
|                                                                  |                      |        |        |         | Abrevidado: Sem                        | Com                                      |        |
|                                                                  |                      |        |        |         | Posição: Local da Punção:              |                                          |        |
|                                                                  |                      |        |        |         | Agulha: Técnica:                       |                                          |        |
| Condição final op: <u>RASS-1, pupila, dermatoma, normotensão</u> |                      |        |        |         | Início: <u>8:05</u> Final: <u>9:55</u> |                                          |        |
| Duração: <u>1h 50 min</u>                                        |                      |        |        |         |                                        |                                          |        |

Intercorrências per. op: Não Ass. Anestesiista - CRM: \_\_\_\_\_

## GASTOS DO ANESTESISTA

| MEDICAMENTO                  | QTE | MEDICAMENTO                   | QTE |
|------------------------------|-----|-------------------------------|-----|
| ANTAK                        |     | ROCEFIN 1g                    |     |
| ADRENALINA amp               |     | RAPIFEN                       |     |
| ATLANSIL apm 150 mg/ml       |     | SEVORANE                      |     |
| ATROPINA 0,25 mg/amp         |     | SOLU-CORTEF 500 mg            |     |
| BICARBONATO DE SÓDIO amp     |     | SUFENTA ml                    |     |
| CLOMIDIN 150 mg              |     | TRANSAMIN                     |     |
| CLORETO DE POTÁSSIO 10% amp  |     | THIONEMBUTAL 0,5 mg           |     |
| CIPRO 200 mg FR              |     | TRAMAL 100 mg                 |     |
| CLEXANE 20 mg/amp            |     | TRIDIL 50 mg                  |     |
| DECAORON 4 mg FR 2,5 ml      |     | TRACRIM 25 mg/amp             |     |
| DIAZEPAN 10 mg               |     | ULTIVA 2 mg                   |     |
| DIAMORF 0,2 mg/ml Amp. (1ml) |     | XILOCAÍNA amp S/AD 5 ml 2%    |     |
| DIAMORF 10 mg                |     | XILOCAÍNA C/A 2% ml           |     |
| DIPRIVAN amp 20 ml           |     | XILOCAÍNA PESADA 5% amp       |     |
| DIPRIVAN seringa 50 ml PFS   |     | XILOCAÍNA S/A 2% ml           |     |
| DIPIRONA amp                 |     | XILO-GEL                      |     |
| DRAMIN B6 DL IV              |     |                               |     |
| DOLANTINA amp                |     |                               |     |
| DOPAMINA                     |     |                               |     |
| DORMONID 15 mg/amp           |     |                               |     |
| DOBUTREX amp                 |     |                               |     |
| EFORTIL amp                  |     |                               |     |
| ERGOTRATE 0,2 mg/amp         |     |                               |     |
| ESMERON                      |     |                               |     |
| FLAGYL 500 mg                |     | SORO                          | QTE |
| FENTANIL amp                 |     | SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml  |     |
| GLUCONATO DE CÁLCIO          |     | SORO-GLUCOSADO 0,5% 500 ml    |     |
| FORANE                       |     | SORO-FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml  |     |
| HIDROCORTIZONA 500 mg        |     | SORO-GLICO-FISIOLÓGICO 500 ML |     |
| HALOTHANO                    |     | SORO RINGER LACTATO 500 ml    |     |
| HEPARINA                     |     | SOL. MANITOL 20% 250 ml       |     |
| HYPNOMIDATE 2 mg/ml          |     | FRUTOSE                       |     |
| INOVAL amp                   |     | VOLUVEN                       |     |
| IPSILON 1g                   |     |                               |     |
| KEFAZOL fr/amp               |     | SANGUE / HEMODERIVADOS        | QTE |
| KEFLIN amp                   |     | PLASMA                        |     |
| KETALAR ml                   |     | SANGUE                        |     |
| LANEXAT amp                  |     | PAPA DE HEMÁCIAS              |     |
| LASIX amp                    |     | ALBUMINA                      |     |
| MARCAÍNA C/A 0,5% amp        |     |                               |     |
| MARCAÍNA PESADA amp          |     |                               |     |
| MARCAÍNA S/A 0,5% amp        |     |                               |     |
| METHERGIN amp                |     | MATERIAIS DESCARTÁVEIS        | QTE |
| NILPERIDOL amp               |     | CATETER VENOSO                |     |
| NIMBIUM 10 mg                |     | EXTENSOR                      |     |
| NAUSEDRON 8 mg               |     | EQUIPO DE SORO                |     |
| NARCAN amp                   |     | SONDA ASPIRAÇÃO               |     |
| NAROPIN amp                  |     | SONDA TRAQUEAL                |     |
| NIPRIDE amp                  |     | AGULHA P/ PERIDURAL           |     |
| NORADRENALINA                |     | SONDA NASOGÁSTRICA            |     |
| NORCURON                     |     | AGULHA P/ RAQUE               |     |
| NUBAIN amp                   |     | TORNEIRA TRÊS VIAS            |     |
| OMEPRAZOL 400 mg FR          |     | EQUIPO DE BOMBA               |     |
| ORASTINA amp 5 UI/ml         |     | EQUIPO DE BOMBA FOTO          |     |
| PAVULON amp                  |     | AGULHA STIMOPREX              |     |
| PLAMET amp                   |     |                               |     |
| PLASIL amp                   |     |                               |     |
| PROFENID IV                  |     |                               |     |
| PROSTIGMINE amp 0,5 mg       |     |                               |     |
| QUELIGIN 100 mg/ vd          |     |                               |     |
| PROTAMINA                    |     |                               |     |

Assinatura do Anestesiista - CRM

Justificativa Médica

FICHA DE ANESTESIA REF: 74411



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:17:12  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318171155900000010533516>  
 Número do documento: 20080318171155900000010533516



# RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

28/04/2019 11:54

|                                 |                                                  |            |                |              |          |             |          |
|---------------------------------|--------------------------------------------------|------------|----------------|--------------|----------|-------------|----------|
| Paciente:                       | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                      | Dt. Nasc.: | 16/10/1991     | Atendimento: | 58685018 | Prontuário: | 14348426 |
| Convênio:                       | HAPVIDA TERESINA                                 | Posto:     | POSTO 1A - HRP | Leito:       | 101-RP/1 |             |          |
| Profissional(is):               | MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM 60770-9 SP | Nº:        | 37664926       | 28/04/2019   | às       | 11:53       |          |
| <b>DIAGNÓSTICOS</b>             |                                                  |            |                |              |          |             |          |
| * CID10                         | S420 FRATURA DA CLAVICULA                        |            |                |              |          |             | [1]      |
| CID10                           | S420 FRATURA DA CLAVICULA                        |            |                |              |          |             | [1]      |
| <b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS</b> |                                                  |            |                |              |          |             |          |
| Cirurgia Realizada              | osteossíntese clavícula d                        |            |                |              |          |             | [1]      |
| Cirurgião                       | dr marcio batista                                |            |                |              |          |             | [1]      |
| Data da Cirurgia                | 28/04/2019                                       |            |                |              |          |             | [1]      |

Dr. Márcio Batista de Carvalho  
CRM 60770-9 SP  
Ortopedia e Traumatologia  
R. 1434



io.Poly

Emissão: 27/04/2019

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

Dt. Nasc. 16/10/1991

Atendimento: 58685016

Convênio: HAPVIDA TERESIN

Nº Prescrição: 21553379

27/04/2019 às 20:02

Prontuário: 14348426

Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP

Leito: SL-1/1

Peso: 75.00 kg

|                                                 |                    |                        |      |    |  |  |  |         |
|-------------------------------------------------|--------------------|------------------------|------|----|--|--|--|---------|
| 1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE            | 3/3h               | ORAL                   |      |    |  |  |  | CRM-504 |
| 2. Hidratação Venosa Fase Única                 | Vol. Total: 500 ml | 7.00 gts/min           |      |    |  |  |  | CRM-504 |
| SORO FISIOLÓGICO 0.9%                           | 20.83 ml/Kcal/dia  | 500 ml                 |      |    |  |  |  |         |
| 3. CEFALOXILINA SODICA (1.00g) (D1/2)           | 1g                 | 1 FRAP (FRAP C/ 1GF)   | 8/8h | EV |  |  |  | CRM-504 |
| Água Destilada                                  | 10 ml              |                        |      |    |  |  |  |         |
| 4. PROFENID IV (100.00mg)                       | 100mg              | 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) | 8/8h | EV |  |  |  | CRM-504 |
| Soro Fisiológico 0,9 %                          | 100 ml             |                        |      |    |  |  |  |         |
| 5. DIFENIDOL AMP (500.00mg/ml)                  | 1000mg             | 2 ML (AMPL C/ 500MG)   | 6/8h | EV |  |  |  | CRM-504 |
| Água Destilada                                  | 18 ml              |                        |      |    |  |  |  |         |
| 6. TRAMADOL (50.00mg/ml)                        | 100mg              | 2 ML (AMPL C/ 100MG)   | 8/8h | EV |  |  |  | CRM-504 |
| Soro Fisiológico 0,9 %                          | 100 ml             |                        |      |    |  |  |  |         |
| 7. PLAVIX (75.00mg/ml)                          | 10mg               | 2 ML (AMPL C/ 10MG)    | 8/8h | EV |  |  |  | CRM-504 |
| Água Destilada                                  | 18 ml              |                        |      |    |  |  |  |         |
| 8. SONDAGEM VESICAL DE ALVO                     |                    | SN                     |      |    |  |  |  | CRM-504 |
| 9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA             |                    |                        |      |    |  |  |  | CRM-504 |
| 10. PUNÇÃO C/ JELCO                             |                    | SN                     |      |    |  |  |  | CRM-504 |
| 11. SINAIS VITAIS                               |                    |                        |      |    |  |  |  | CRM-504 |
| 12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS              |                    |                        |      |    |  |  |  | CRM-504 |
| 13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOZA                |                    | SN                     |      |    |  |  |  | CRM-504 |
| 14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO |                    |                        |      |    |  |  |  | CRM-504 |
| 15. COMPRESSÃO COM ÉTER                         |                    | SN                     |      |    |  |  |  | CRM-504 |

Profissionais: CRM-504 7

MARCIO BATISTA DE CARVALHO

Marcio Batista de Carvalho  
CRM - 5047  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT-14564



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:17:12

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318171155900000010533516>

Número do documento: 20080318171155900000010533516



## RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 17:48

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 58680290 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 184212/8  
Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM 503740 Nº: 37636868 27/04/2019 às 17:47

|                                 |                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>            |                                                                                                                                                                     |
| Nº Atendimento                  | 58680290 [1]                                                                                                                                                        |
| Nome Completo                   | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA [1]                                                                                                                                     |
| Data De Nascimento              | 16/10/1991 [1]                                                                                                                                                      |
| Nome Da Mãe                     | FRANCISCA JULIA TAVARES PEREIRA [1]                                                                                                                                 |
| Data Da Internação              | 27/04/2019 [1]                                                                                                                                                      |
| <b>HDA/EXAME FÍSICO/CONDUTA</b> |                                                                                                                                                                     |
| HDA                             | PACIENTE COM DOR NO OMBRO DIREITO APOS ACIDENTE DE TRANSITO [1]<br>EF: DOR EDEMA ADM PRESERVADA<br>RX FRATURA DE CLAVICULA DESVIADA<br>CD: INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA |
| <b>SINAIS VITAIS</b>            |                                                                                                                                                                     |
| FC                              | 70 bpm [1]                                                                                                                                                          |
| <b>OUTROS DADOS E SINAIS</b>    |                                                                                                                                                                     |
| <b>COMORBIDADES</b>             |                                                                                                                                                                     |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>              |                                                                                                                                                                     |
| CID Principal                   | S420 FRATURA DA CLAVICULA [1]                                                                                                                                       |
| <b>PARECER DO ESPECIALISTA</b>  |                                                                                                                                                                     |
| <b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b> |                                                                                                                                                                     |
| Encaminhamento Do Paciente      | POSTO DE ENFERMAGEM. [1]                                                                                                                                            |

Dr. Marco Antônio de Carvalho  
CRM 503740  
Especialista em Ortopedia e Traumatologia  
14348426





## EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 20:05

|                                                                |                               |                       |                      |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                          | Dt. Nasc.: 16/10/1991         | Atendimento: 58685016 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                                     | Posto: CENTRO CIRURGICO - KRP | Leito: SL-1/1         |                      |
| Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM 504711 | Nº: 37642086                  | 27/04/2019            | às 20:04             |

| REGISTROS MEDICOS DA EVOLUCAO |                                                                                   |     |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Evolução Do Paciente          | PACIENTE FOI LEVADO AO CENTRO CIRURGICO E SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DA CLAVICULA D | [1] |
| CID 10                        | S420 FRATURA DA CLAVICULA                                                         | [1] |

Dr. Márcio Batista de Carvalho  
CRM-5047  
Ortopedia e Traumatologia  
R.E.O.T. 14564





## PLANO TERAPÉUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 20:01

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 58685016 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Letto: SL-1/1  
Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM 5047 Nº: 37641920 27/04/2019 às 20:00

|                                     |                                          |
|-------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>IDENTIFICACAO:</b>               |                                          |
| Nome                                | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA [1]          |
| Sexo                                | Masculino. [1]                           |
| Idade                               | 27 A 6 M [1]                             |
| Data De Nascimento                  | 16/10/1991 [1]                           |
| Nº Atendimento                      | 58685016 [1]                             |
| <b>DADOS DO PACIENTE</b>            |                                          |
| <b>MOTIVOS DA INTERNAÇÃO</b>        |                                          |
| CID10 Primário                      | S420 FRATURA DA CLAVICULA [1]            |
| <b>COMORBIDADES</b>                 |                                          |
| <b>GRAU DE INDEPENDENCIA</b>        |                                          |
| <b>IDENTIFICACAO DOS RISCOS</b>     |                                          |
| <b>OBJETIVOS TERAPÊUTICOS</b>       |                                          |
| Principal                           | OSTEOSSINTESE FRATURA DE CLAVICULA D [1] |
| <b>OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES</b> |                                          |
| <b>ALTA HOSPITALAR</b>              |                                          |
| Total De Dias                       | 2 Dias [1]                               |

Dr. Márcio Batista de Carvalho  
CRM - 5047  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT-14564





Rio Poty

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 3

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 21:49

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 58685016 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-1/1  
Profissional(is): ANTONIA MARTINS RODRIGUES FERREIRA (CRM 5284211) Nº: 37641531 27/04/2019 às 19:49

|                                    |                               |     |
|------------------------------------|-------------------------------|-----|
| <b>PACIENTE</b>                    |                               |     |
| Data De Admissão                   | 27/04/2019                    | [1] |
| <b>PRÉ-OPERATÓRIO</b>              |                               |     |
| Tipo De Cirurgia                   | Emergência.                   | [1] |
| Data Da Cirurgia                   | 27/04/2019                    | [1] |
| Procedimento Cirúrgico Proposto    | OSTEOSSINTESE DA CLAVICULA D. | [1] |
| Pulseira De Identificação          | MSD.                          | [1] |
| Comorbidades                       | NÃO                           | [1] |
| Nome, dosagem, frequência          | NEGA                          | [1] |
| Alergia- Descrição                 | NEGA                          | [1] |
| Tabagista                          | Não.                          | [1] |
| Etilista                           | Não.                          | [1] |
| Internações Anteriores             | NÃO                           | [1] |
| Cirurgias Anteriores               | Sim.                          | [1] |
| Avaliação Das Condições Emocionais | Tranquila.                    | [1] |
| Orientações Ao Paciente            | Cirurgia.                     | [1] |
| Reserva de Hemoderivados           | Não.                          | [1] |
| Reserva de Hémoderivados           |                               |     |
| Higientização                      | Sim                           | [1] |
| <b>NUTRICIONAL/METABÓLICO</b>      |                               |     |
| Intolerância Alimentar             | Não.                          | [1] |
| Conservado                         | Sim                           | [1] |
| Dentição                           | Preservada.                   | [1] |
| <b>ELIMINAÇÕES</b>                 |                               |     |
| Intestinais                        | Presente.                     | [1] |
| Urinárias                          | Presente.                     | [1] |
| <b>SONO/REPOUSO</b>                |                               |     |
| Concilia Sono e Repouso            | Sim.                          | [1] |
| <b>COGNITIVO/PERCEPTIVO</b>        |                               |     |
| Em Ouvir                           | Não.                          | [1] |
| Compreender                        | Não.                          | [1] |
| Memorizar                          | Não.                          | [1] |
| Falar                              | Não.                          | [1] |
| <b>CONFORTO</b>                    |                               |     |
| Queixas de Dor                     | Sim.                          | [1] |
| <b>INTRA-OPERATÓRIO</b>            |                               |     |





## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 2 de 3

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 21:49

|                                              |                             |            |                        |              |          |             |          |
|----------------------------------------------|-----------------------------|------------|------------------------|--------------|----------|-------------|----------|
| Paciente:                                    | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA | Dt. Nasc.: | 16/10/1991             | Atendimento: | 58685016 | Prontuário: | 14348426 |
| Convênio:                                    | HAPVIDA TERESINA            | Posto:     | CENTRO CIRURGICO - HRP | Leito:       | SL-1/1   |             |          |
| Responsável Pelo Recebimento                 | ENF ANTONIA                 |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Hora                                         | 19:40                       |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Sala                                         | 01                          |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Condições Da Pele ao Início da cirurgia      | INTEGRA                     |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Início Da Anestesia                          | 20:05                       |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Início Da Cirurgia                           | 20:30                       |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Término Da Cirurgia                          | 21:20                       |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Instrumentador                               | JANAINA                     |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Circulante                                   | CAROL                       |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Posição do paciente durante o ato operatório | Ortopédica.                 |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Membro Ou Lado A Ser Operado                 | CLAVICULA D                 |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Numero Inicial De Compressas                 | 20 UD                       |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Contagem Final Da Compressas                 | 20 UD                       |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Clorexedine Alcoólico                        | Sim                         |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Clorexedine Degermante                       | Sim                         |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Álcool                                       | Sim                         |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Tipo                                         | Elétrico.                   |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Material                                     | SIM                         |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Fornecedor                                   | BIOSINTESE                  |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia     | INTEGRA                     |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Grau De Contaminação                         | Limpa.                      |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Encaminhamento Do Paciente                   | SRPA.                       |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Encaminhamento Do Paciente                   |                             |            |                        |              |          |             |          |
| Horário De Saída Da S.O                      | 22:00                       |            |                        |              |          |             | [1]      |
| <b>POS-OPERATÓRIO</b>                        |                             |            |                        |              |          |             |          |
| Nível de Consciência pos operatório          | Calmo.                      |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Tipo De Respiração                           | Espontânea s/suporte do o2. |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Extremidades                                 | Profundidas.                |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Curativos Cirúrgicos                         | Limpo e seco.               |            |                        |              |          |             | [1]      |
| <b>CONDIÇÕES DE ENCAMINHAMENTO</b>           |                             |            |                        |              |          |             |          |
| Nível de Consciência                         | Calmo.                      |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Extremidades                                 | Profundidas.                |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Curativos Cirúrgicos                         | Limpo e seco.               |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Abdômen                                      | Plano.                      |            |                        |              |          |             | [1]      |





Rio Poty

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 3 de 3

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 21:49

|                                       |                               |                       |                      |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA | Dt. Nasc.: 16/10/1981         | Atendimento: 58685016 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVITA TERESINA            | Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP | Leito: SL-1/1         |                      |
| Unidade De Internação                 | Sim                           |                       | [1]                  |

Antonia Martins Rodrigues  
COREN-PI 526602 - ENF.



# REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

28/04/2019 05:56

|                                                                                       |                               |                       |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                                                 | Dt. Nasc.: 16/10/1991         | Atendimento: 58685016 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                                                            | Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP | Leito: SL-1/1         |                      |
| Profissional(is): ANA CAROLINA PEREIRA DA SILVA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 657209/11 | Nº: 37648530                  | 27/04/2019            | às 22:30             |
| ROSALICE FERREIRA CALDAS SILVA MOIRA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 373020/12            |                               |                       |                      |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DADOS DO PACIENTE                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: MANHÃ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: TARDE |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: NOITE |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Hora                               | 22:10 [1]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Hora                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Descrição                          | RECEBO PACIENTE NA SRPA EM POI DE FRATURA DE CLAVICULA EM LADO D, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, MONITORIZADO, P.A: 148X83 FC: 86 SATURAÇÃO: 98% F.O LIMPA E SECA, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE SEM APORTE DE O2, SEGUE COM ATADURA DE TIPOIA, AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. [1]                                                                                                                                                  |
| Hora                               | 23:30 [1]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Hora                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Descrição                          | PACIENTE LIBERADO DE ALTA PARA APARTAMENTO EM POI DE FRATURA DE CLAVICULA D, ENCAMINHADO PARA R.X DE CONTORLE POS OPERATORIO, F.O LIMPA E SECA, SEGUE COM TIPOIA DE ATADURA, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE SEM APORTE DE O2, AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. [1]                                                                                                                                                                     |
| Hora                               | 00HRS [2]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Hora                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Descrição                          | RECEBO PCTE PROCEDENTE DO CC EM POI DE CIRURGIA DE FRATURA DA CLAVICULA, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, SSVV NOR MAIS TAX: 36.7FC: 74FR: 20SAT: 98PA: 130X80 HV EM CURSO, DIETA ZERO NEGA HAS, DM E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO AOS CCGG DE ENFERMAGEM. 02HRS ADMINISTRADO MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. 06HRSEVOLUI SSVV NORMAIS, HV EM CURSO, DIETA VO, DIURETICO PRESENTE AOS CCGG DE ENFERMAGEM. [2] |
| CUIDADOS DE ENFERMAGEM             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO  
COREN 373020-12





## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

OLTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 21:50

|                                                                                                                                                     |                               |                       |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                                                                                                               | Dt. Nasc.: 16/10/1991         | Atendimento: 58685016 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                                                                                                                          | Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP | Leito: SL-1/1         |                      |
| Profissional(is): ANTONIA MAHINS RODRIGUES, ENFERMEIRO(A), COREN 226602/11<br>ELAINY CRISTINA DE SOUSA LIMA SANTANA, ENFERMEIRO(A), COREN 835889/21 | Nº: 37641196                  | 27/04/2019            | às 19:36             |

|                                                                                         |                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>DADOS DA ADMISSÃO</b>                                                                |                                                                                                                   |     |
| Data Da Cirurgia                                                                        | 27/04/2019                                                                                                        | [2] |
| Hora Da Cirurgia                                                                        | 20:00                                                                                                             | [2] |
| Cirurgia                                                                                | Paciente admitido na urgência com fratura de clavícula direita.<br>Encaminhado ao CC para procedimento cirurgico. | [2] |
| <b>ANTES DE ENCAMINHAMENTO</b>                                                          |                                                                                                                   |     |
| Setor De Admissão Do Paciente                                                           | urgência                                                                                                          | [2] |
| Confirmação De Vaga Em UTI                                                              | Não.                                                                                                              | [2] |
| Retirada De Adornos/Próteses                                                            | Sim.                                                                                                              | [2] |
| Confirmação De Reserva De Sangue                                                        | Não.                                                                                                              | [2] |
| Paciente Refere Alergia                                                                 | NÃO.                                                                                                              | [2] |
| Paciente Está Em Jejum                                                                  | SIM.                                                                                                              | [2] |
| <b>ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA</b>                                                      |                                                                                                                   |     |
| Identificação Do Paciente                                                               | Sim.                                                                                                              | [1] |
| Opme Checado Em Sala Cirurgica                                                          | Sim.                                                                                                              | [1] |
| Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica                                                 | Sim.                                                                                                              | [1] |
| Alergias Do Paciente São Conhecidas                                                     | Não.                                                                                                              | [1] |
| Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica                                       | Sim.                                                                                                              | [1] |
| Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea | Não.                                                                                                              | [1] |
| Via Aérea Difícil                                                                       | Não.                                                                                                              | [1] |
| Confirmação De Vaga Em UTI                                                              | Não.                                                                                                              | [1] |
| Kit Cirurgico Completo Em Sala                                                          | SIM.                                                                                                              | [1] |
| Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia                                | SIM.                                                                                                              | [1] |
| Verificação De Anestésica Concluída                                                     | SIM.                                                                                                              | [1] |
| Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento                                          | SIM.                                                                                                              | [1] |
| <b>ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA</b>                                                       |                                                                                                                   |     |
| Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função                           | Sim.                                                                                                              | [1] |
| Lateralidade Do Procedimento                                                            | Direita.                                                                                                          | [1] |
| Paciente Certo                                                                          | Sim.                                                                                                              | [1] |
| Sítio Cirúrgico Identificado                                                            | Sim.                                                                                                              | [1] |
| Procedimento                                                                            | SIM.                                                                                                              | [1] |
| <b>ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS</b>                                                  |                                                                                                                   |     |
| Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado                 | Sim.                                                                                                              | [1] |
| Checkagem Completa Dos Equipamentos                                                     | Sim.                                                                                                              | [1] |



Rio Poty

## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 21:50

|                                       |                               |                       |                      |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA | Dt. Nasç.: 16/10/1991         | Atendimento: 58685016 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA            | Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP | Leito: SL-1/1         |                      |

|                                                                              |      |     |
|------------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| Checkagem Completa Das Medicções Anestésicas                                 | Sim. | [1] |
| Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando                 | Sim. | [1] |
| Esterilização Do Material Confirmada E Validada                              | Sim. | [1] |
| Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas                  | SIM. | [1] |
| As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas      | SIM. | [1] |
| <b>ACERMINANDO PROCEDIMENTO</b>                                              |      |     |
| Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados          | Sim. | [1] |
| As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas | Sim. | [1] |
| Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião                 | Sim. | [1] |
| A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente      | SIM. | [1] |
| Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento                            | SIM. | [1] |

Antonia Martins Rodrigues  
COREN-PI 526.602 - ENF.





## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 22:35

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 58685016 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-1/1

Profissional(is): ANTONIA MARTINS RODRIGUES, ENFERMEIRO(A) COREN-PI 526.607 Nº: 37643387 27/04/2019 às 20:43

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

#### Evolução de enfermagem

19:30- PACIENTE ADMITIDO NO CENTRO CIRURGICO PROCEDENTE DA URGÊNCIA PARA SUBMETER-SE A OSTEOSINTESE DA CLAVICULA D,COF,EUPNEICO,NORMOCORADO,NORMOTENSO,NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA,ALIMENTAR,DM,HAS.SEGUE SOB CUIDADOS DA EQUIPE. [1]

20:05-REALIZADO ANESTESIA GERAL PELO ANESTESISTA DR CORTEZ.  
20:30-INICIADO PROCEDIMENTO CIRURGICO,SEGUE SEM INTERCORRENCIAS.

21:30-REALIZADO ANESTESIA BLOQUEIO PERIFERICO NO POI PELO ANESTESISTA DR,CORTEZ,SSVV,P.A: 127X79 FC: 66 SATURAÇÃO: 98%  
SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

21:50- PACIENTE NA SRPA NO POI SOB EFEITO DE ANESTESIA GERAL+BLOQUEIO,SEGUE COF,EUPNEICO,RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE AA SEM SUPORTE DE O2.EM HV+PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO.F.O COM CURATIVO LIMPO E SECO SEGUE COM TIPOIA,LIBERADO PELO ANESTESISTA PARA O RX EM SEGUIDA PARA POSTO 1A,SEGUE SOB CUIDADOS.

### DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Antonia Martins Rodrigues  
COREN-PI 526.607 - ENF.





# EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

28/04/2019 11:53

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 58685016 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 101-RP/1  
Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM 52701 R 025542215 Nº: 37664819 28/04/2019 às 11:51

| REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO |                                           |     |
|-------------------------------|-------------------------------------------|-----|
| Evolução Do Paciente          | paciente em pos op fratura de clavícula d | [1] |
|                               | sem queixas                               |     |
|                               | af. limpa e seca                          |     |
|                               | bpd                                       |     |
| CID 10                        | cd: medicação, alta, orientações gerais   | [1] |
|                               | S420 FRATURA DA CLAVÍCULA                 |     |

Dr. Márcio Batista de Carvalho  
CRM 52701 R 025542215  
Ortopedia e Traumatologia  
FOT-16584





ULTRA SÔM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

## REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

28/04/2019 11:56

|                                                                               |                       |                       |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CÉZAR TAVARES PEREIRA                                         | Dt. Nasc.: 16/10/1991 | Atendimento: 58585016 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                                                    | Posto: POSTO 1A - HRP | Leito: 101-RP/1       |                      |
| Profissional(is): CARLIMARA FRANCO LAGES - TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN 663208 | Nº: 37658165          | 28/04/2019            | às 09:20             |

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DADOS DO PACIENTE</b>                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Data De Nascimento                       | 16/10/1991 [1]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sexo                                     | MASCULINO. [1]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Pulseira De Identificação                | Sim [1]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANHÃ</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Hora                                     | 07:30 [1]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Hora                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Descrição                                | Paciente segue internado com quadro clínico: PQ DE FRATURA DE CLAVÍCULA "D". Evolui consciente, orientado, fásico, eupneico, afebril, SSVV estáveis, respirando espontâneo sem aporte de O <sub>2</sub> , HV por AVP funcionando e sem sinais flogísticos em MSE, dieta VO com boa aceitação, sono e repouso satisfatórios, eliminações fisiológicas presentes e normais. Nega DM + HAS + Alergia Medicamentosa. Sem queixas élticas no momento, segue sob cuidados. [1] |
| Hora                                     | 08:30 [1]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Hora                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Descrição                                | Paciente encaminhado ao banho de aspersão, realizado troca de lençóis. Segue aguardando visita médica. [1]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Hora                                     | 12:00 [1]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Hora                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Descrição                                | Verificado SSVV, mantidos estáveis:<br>PA: 120/80mmHg<br>SpO <sub>2</sub> : 98%<br>FC: 84bpm<br>FR: 20rpm<br>TAX: 36,8°C.<br>Recebeu visita médica, segue de alta hospitalar, retirado AVP. [1]                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |





## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

28/04/2019 01:10  
M102\_00

|                                                  |                         |                                         |                      |
|--------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA            | Dt. Nasc.: 16/10/1991   | Atendimento: 50685016                   | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                       | Nº Prescrição: 21555909 | 28/04/2019 às 01:09                     |                      |
| Posto: POSTO 1A - HRP                            | Leito: 101-RP/1         | Enfermeiro(a): ERICA MORGANA CRUZ LEMOS |                      |
| Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO |                         |                                         |                      |
| Profissionais:                                   |                         |                                         |                      |

### 2 - CONFORTO PREJUDICADO

Relacionado a: DOR

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL

Mantido:

### 3 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS

Mantido:





Bio Poty

## BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 21:32

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                        |              |          |             |          |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------|--------------|----------|-------------|----------|
| Paciente:                 | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Dt. Nasc.: | 16/10/1991             | Atendimento: | 58685018 | Prontuário: | 14348426 |
| Convênio:                 | HAPVIDA TERESINA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Posto:     | CENTRO CIRURGICO - HRP | Leito:       | SL-1/1   |             |          |
| Profissional(is):         | MARCELO BATISTA DE CARVALHO - MEDICO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nº:        | 37644728               | 27/04/2019   | às       | 21:26       |          |
| <b>DIAGNOSTICO</b>        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                        |              |          |             |          |
| Diagnóstico Clínico       | S420                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Diagnóstico Cirúrgico     | S420 FRATURA DA CLAVICULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                        |              |          |             | [1]      |
| <b>DADOS DA CIRURGIA</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                        |              |          |             |          |
| Data Da Cirurgia          | 27/04/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Hora Da Cirurgia          | 21:26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Cirurgia                  | OSTEOSSINTESE CLAVICULA D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Cirurgião                 | dr marcelo batista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Descrição Cirúrgica       | 1- paciente sob bloqueio à anestesia geral<br>2- assepsia, antissepsia, campos esterais<br>3- via de acesso anterior para clavícula<br>4- disulsação por plano redução cruenta, passagem de parafuso de tração no fragmento distal<br>5- colocação da placa de reconstrução com 3 parafusos proximais e 2 distais<br>6- hemostasia, lavagem com sf, suturas<br>7- curativo esteril |            |                        |              |          |             | [1]      |
| Códigos Dos Procedimentos | 30717108                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                        |              |          |             | [1]      |

Marcelo Batista de Carvalho  
CRM - 5047  
Ortopedia e Traumatologia  
FEORASS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:17:12

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318171155900000010533516>

Número do documento: 20080318171155900000010533516

Num. 11114999 - Pág. 33



Hospital  
**Rio Poty**

Nome: Mauro P. Zoa Tavares Pereira Data: 23.05.19  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M (x)  
Peso: \_\_\_\_\_  
Prontuário: 19348926 Convênio: Napimida  
Diagnóstico: abscessos de clavícula  
Cirurgia: Trat. Clavícula Anestesia: gelo + Bloqueio Profundo  
Cirurgião: Mauro ASA: I

|                    | 8:05 | 9:05 | 9:55 |
|--------------------|------|------|------|
| A HDRA             |      |      |      |
| G O <sub>2</sub>   |      |      |      |
| E N <sub>2</sub> O |      |      |      |
| N Ar               |      |      |      |
| T Suco             |      |      |      |
| E                  |      |      |      |
| S                  |      |      |      |

LÍQUIDOS

CARDIOSCÓPIO

PRESSÃO NÃO INVASIVA

CARDOGRAFO

OXÍMETRO DE PULSO

PRESSÃO INVASIVA

SAT O<sub>2</sub>: 96-98-98-98-98-98-98

ETC O<sub>2</sub>: 30-31-32-71-33-33-33

PVC

FAM-X

FC-a

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

DROGAS

EVENTO

1 Clonazepam EV 2g

2 Midazolam EV 10mg

3 Sufenta 10mcg EV 2g

4 Propofol EV 2g

5 Propofol EV 8mg

6 Bexina EV 50mg

7 Clonidina EV 4.5mg

8 Atropina EV 0.1mg

9 Neostigmina EV 0.5mg

10

LÍQUIDOS

VOLUME

PERDAS

VOLUME

BALANÇO

Entubação: Oro Nasal Sonda:

Canula 3.5

Respiração: Espont. Assist. Mecânica

Aspirador de: Sem Com

Posição: Local da Função:

Agulha: Técnica:

Início: 8:05 Final: 9:55

Duração: 110 min

Condição final op: RA35-1, supino, normotensão, normal condic

Intercorrências per. op: Não

Ass. Anestesiista - CRM

FICHA DE ANESTESIA REF.: 74411





# RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

28/04/2019 11:54

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 58685016 Prontuário: 14349426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 101-RP/1

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO SEMBOU 11:53 Nº: 37664925 28/04/2019 às 11:53

| DIAGNOSTICOS             |                           |     |
|--------------------------|---------------------------|-----|
| CID10                    | S420 FRATURA DA CLAVICULA | [1] |
| CID10                    | S420 FRATURA DA CLAVICULA | [1] |
| PROCEDIMENTOS CIRURGICOS |                           |     |
| Cirurgia Realizada       | osteossíntese clavícula d | [1] |
| Cirurgião                | dr marcio batista         | [1] |
| Data da Cirurgia         | 28/04/2019                | [1] |

Dr. Márcio Batista de Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10.047  
RBO 14304



Poly

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

Dt. Nasc. 16/10/1991

Atendimento: 58665016

Prontuário: 14348426

Nº Prescrição: 21553379

27/04/2019 às 20:02

Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP

Leito: SL-1/1

Peso: 75.00 kg

Emissão: 27/04/2019

DIETA GERAL-ADULTO 1 PARA A IDADE

3/3h ORAL

CRM-504

Hidratação Venosa Fase Única Vol. Total: 500 ml 7.00 gts/min

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 20.83 ml/Kcal/dia 500 ml

CEFAZOLINA SODICA (1.00g) 1g 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 8/8h EV

(D1/2) Água Destilada 10 ml

CRM-504

PROFENID IV (100.00mg) 100mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 8/8h EV

Soro Fisiológico 0,9% 100 ml

CRM-504

DIPIRONA AMP (500.00mg/ml) 1000mg 2 ML (AMPL C/ 500MG) 6/6h EV

Água Destilada 18 ml

CRM-504

TRAMADOL (50.00mg/ml) 100mg 2 ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV

Soro Fisiológico 0,9% 100 ml

CRM-504

Alta vigilância

PLAMET (5.00mg/ml) 10mg 2 ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV

Água Destilada 18 ml

CRM-504

SONDAGEM VESICAL DE ALVO SN

CRM-504

CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOCHOADA SN

CRM-504

PUNÇÃO C/ JELCO SN

CRM-504

SINAIS VITAIS SN

CRM-504

GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS SN

CRM-504

RETIRADA DE DRENO DE PORTOZA SN

CRM-504

CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO SN

CRM-504

COMPRESSÃO COM ÉTB SN

CRM-504

Profissionais: CRM-504 7 MARCIO BATISTA DE CARVALHO

Márcio Batista de Carvalho  
CRM - 5047  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT-14564





# RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 17:48

Paciente: MAURO CÉZAR TAVARES PEREIRA DL Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 58680290 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVÍDA TERESINA Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO Leito: 184212/8  
Profissional(is): MARGIELE BATISTAS DE CARVALHO MEDICO ORTOPEDIA Nº: 37636868 27/04/2019 às 17:47

|                                    |                                                                                                                                                                 |     |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>               |                                                                                                                                                                 |     |
| Nº Atendimento                     | 58680290                                                                                                                                                        | [1] |
| Nome Completo                      | MAURO CÉZAR TAVARES PEREIRA                                                                                                                                     | [1] |
| Data De Nascimento                 | 16/10/1991                                                                                                                                                      | [1] |
| Nome Da Mãe                        | FRANCISCA JULIA TAVARES PEREIRA                                                                                                                                 | [1] |
| Data Da Internação                 | 27/04/2019                                                                                                                                                      | [1] |
| <b>HDA/EXAME FÍSICO/CONULTAÇÃO</b> |                                                                                                                                                                 |     |
| HDA                                | PACIENTE COM DOR NO OMBRO DIREITO APOS ACIDENTE DE TRANSITO<br>EF: DOR EDEMA ADM PRESERVADA<br>RX FRATURA DE CLAVICULA DESVIADA<br>CD: INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA | [1] |
| <b>SINAIS VITAIS</b>               |                                                                                                                                                                 |     |
| FC                                 | 70 bpm                                                                                                                                                          | [1] |
| <b>OUTROS DADOS E SINAIS</b>       |                                                                                                                                                                 |     |
| <b>COMORBIDADES</b>                |                                                                                                                                                                 |     |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                 |                                                                                                                                                                 |     |
| CID Principal                      | S420 FRATURA DA CLAVICULA                                                                                                                                       | [1] |
| <b>PARÊTERES ESPECIAIS</b>         |                                                                                                                                                                 |     |
| <b>PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO</b>    |                                                                                                                                                                 |     |
| Encaminhamento Do Paciente         | POSTO DE ENFERMAGEM.                                                                                                                                            | [1] |

Dr. Mauro Batistas de Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 114504  
17/04/2019





## EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

OLTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 20:05

|                                                                                          |                               |                       |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                                                    | DT. Nasc.: 16/10/1991         | Atendimento: 58685016 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                                                               | Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP | Leito: SL-1/1         |                      |
| Profissional(is): <del>MARCIO BATISTA DE CARVALHO</del> Nº: 37642086 27/04/2019 às 20:04 |                               |                       |                      |

### REGISTROS MEDICOS DA EVOLUÇÃO

|                       |                                                                                   |     |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Evolution Do Paciente | PACIENTE FOI LEVADO AO CENTRO CIRURGICO E SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DA CLAVICULA D | [1] |
| CID 10                | S420 FRATURA DA CLAVICULA                                                         | [1] |

Dr. Marcio Batista de Carvalho  
CRM-5047  
Ortopedia e Traumatologia  
FEOT-14584





# PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 20:01

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 58685016 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-1/1

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO CRM 50417 Nº: 37841920 27/04/2019 às 20:00

|                             |                                      |     |
|-----------------------------|--------------------------------------|-----|
| IDENTIFICAÇÃO               |                                      |     |
| Nome                        | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA          | [1] |
| Sexo                        | Masculino                            | [1] |
| Idade                       | 27 A 5 M                             | [1] |
| Data De Nascimento          | 16/10/1991                           | [1] |
| Nº Atendimento              | 58685016                             | [1] |
| DADOS DO PACIENTE           |                                      |     |
| NOVOS DA INTERNAÇÃO         |                                      |     |
| CID10 Primário              | S420 FRATURA DA CLAVICULA            | [1] |
| COMORBIDADES                |                                      |     |
| GRAU DE INDEPENDÊNCIA       |                                      |     |
| IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS    |                                      |     |
| DEFEITOS TERAPÊUTICOS       |                                      |     |
| Principal                   | OSTEOSSINTESE FRATURA DE CLAVICULA D | [1] |
| DEFEITOS MULTIDISCIPLINARES |                                      |     |
| ALTA HOSPITALAR             |                                      |     |
| Total De Dias               | 2 Dias                               | [1] |

Dr. Márcio Batista de Carvalho  
CRM - 50417  
Ortopedia e Traumatologia  
TEOT-14584





## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Página 1 de 3

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 21:49

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nas.: 16/10/1991 Atendimento: 58685016 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-1/1

Profissional(is): EDNAN SOARES COUTINHO ENFERMEIRO N°: 37641531 27/04/2019 às 19:49

## PACIENTE

Data De Admissão 27/04/2019 [1]

## PRE-OPERATÓRIO

Tipo De Cirurgia Emergência. [1]

Data De Cirurgia 27/04/2019 [1]

Procedimento Cirúrgico Proposto OSTEOSINTESE DA CLAVICULA D. [1]

Pulseira De Identificação MSD. [1]

Comorbidades NÃO [1]

Nome, dosagem, frequência NEGA [1]

Alergia- Descrição NEGA [1]

Tabagista Não. [1]

Etilista Não. [1]

Internações Anteriores NÃO [1]

Cirurgias Anteriores Sim. [1]

Avaliação Das Condições Emocionais Tranquila. [1]

Orientações Ao Paciente Cirurgia. [1]

Reserva de Hemoderivados Não. [1]

Reserva de Hémoderivados

Higienização Sim [1]

## NUTRICIONAL/METABÓLICO

Intolerância Alimentar Não. [1]

Conservado Sim [1]

Dentição Preservada. [1]

## ELIMINAÇÕES

Intestinais Presente. [1]

Urínárias Presente. [1]

## SONO/REPOUSO

Concilia Sono e Repouso Sim. [1]

## COGNITIVO/PERCEPTIVO

Em Ouvir Não. [1]

Compreender Não. [1]

Memorizar Não. [1]

Falar Não. [1]

## CONFORTO

Queixas de Dor Sim. [1]

## INTRA-OPERATÓRIO



## FORMULÁRIO PÉRI-OPERATÓRIO

Rio Poty

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 21:49

|                                              |                               |                       |                      |
|----------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA        | Dt. Nasc.: 16/10/1991         | Atendimento: 58685016 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                   | Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP | Leito: SL-1/1         |                      |
| Responsável Pelo Recebimento                 | ENF ANTONIA                   | [1]                   |                      |
| Hora                                         | 19:40                         | [1]                   |                      |
| Sala                                         | 01                            | [1]                   |                      |
| Condições Da Pele ao início da cirurgia      | INTEGRA                       | [1]                   |                      |
| Início Da Anestesia                          | 20:05                         | [1]                   |                      |
| Início Da Cirurgia                           | 20:30                         | [1]                   |                      |
| Término Da Cirurgia                          | 21:20                         | [1]                   |                      |
| Instrumentador                               | JANAINA                       | [1]                   |                      |
| Circulante                                   | CAROL                         | [1]                   |                      |
| Posição do paciente durante o ato operatório | Ortopédica.                   | [1]                   |                      |
| Membro Ou Lado A Ser Operado                 | CLAVICULA D                   | [1]                   |                      |
| Numero Inicial De Compressas                 | 20 UD                         | [1]                   |                      |
| Contagem Final De Compressas                 | 20 UD                         | [1]                   |                      |
| Clorexidine Alcoólico                        | Sim                           | [1]                   |                      |
| Clorexidine Degermante                       | Sim                           | [1]                   |                      |
| Álcool                                       | Sim                           | [1]                   |                      |
| Tipo                                         | Elétrico.                     | [1]                   |                      |
| Material                                     | SIM                           | [1]                   |                      |
| Fornecedor                                   | BIOSINTESE                    | [1]                   |                      |
| Condições Da Pele Ao Término Da Cirurgia     | INTEGRA                       | [1]                   |                      |
| Grau De Contaminação                         | Limpa.                        | [1]                   |                      |
| Encaminhamento Do Paciente                   | SRPA.                         | [1]                   |                      |
| Encaminhamento Do Paciente                   |                               |                       |                      |
| Horário De Saída Da S.O                      | 22:00                         | [1]                   |                      |
| <b>POST-OPERATÓRIO</b>                       |                               |                       |                      |
| Nível de Consciência pos operatório          | Calmo.                        | [1]                   |                      |
| Tipo De Respiração                           | Espontânea s/suporte de O2.   | [1]                   |                      |
| Extremidades                                 | Perfundidas.                  | [1]                   |                      |
| Curativos Cirúrgicos                         | Limpo e seco.                 | [1]                   |                      |
| <b>CONDIÇÕES DE ENCAMINHAMENTO</b>           |                               |                       |                      |
| Nível de Consciência                         | Calmo.                        | [1]                   |                      |
| Extremidades                                 | Perfundidas.                  | [1]                   |                      |
| Curativos Cirúrgicos                         | Limpo e seco.                 | [1]                   |                      |
| Abdômen                                      | Plano.                        | [1]                   |                      |

## FORMULÁRIO PERI-OPERATÓRIO

Bio Poty

27/04/2019 21:49

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

|                                       |                               |                       |                      |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA | DT. Nasc.: 16/10/1991         | Atendimento: 58685016 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVÍDA TERESINA            | Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP | Leito: SL-1/1         |                      |
| Unidade De Internação                 | Sim                           |                       | 11                   |

Antônia Martins Rodrigues  
COREN-PI 526.802 - ENF.





Rio Poty

## REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

28/04/2019 05:55

ILTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

Dt. Nasc.: 16/10/1991

Atendimento: 58685016

Prontuário: 14348426

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP

Leito: SL-1/1

Profissional(is): ANA CAROLINA PEREIRA DASILVA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN: 3 Nº: 37646530 27/04/2019 às 22:30

ROSA LICE FERREIRA CALTADO SILVA TUBRA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN: 3702812

## DADOS DO PACIENTE

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANHÃ

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Hora      | 22:10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | [1] |
| Hora      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
| Descrição | RECEBO PACIENTE NA SRPA EM POI DE FRATURA DE CLAVICULA EM LADO D, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, MONITORIZADO, P.A: 148X83 FC: 66 SATURAÇÃO: 98% F.O LIMPA E SECA, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE SEM APORTE DE O2, SEGUE COM ATADURA DE TIPOIA, AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.                                                                                                                                             | [1] |
| Hora      | 23:30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | [1] |
| Hora      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
| Descrição | PACIENTE LIBERADO DE ALTA PARA APARTAMENTO EM POI DE FRATURA DE CLAVICULA D, ENCAMINHADO PARA R.X DE CONTORLE POS OPERATORIO, F.O LIMPA E SECA, SEGUE COM TIPOIA DE ATADURA, RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE SEM APORTE DE O2, AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.                                                                                                                                                                | [1] |
| Hora      | 00HRS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | [2] |
| Hora      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
| Descrição | RECEBO PCTE PROCEDENTE DO CC EM POI DE CIRURGIA DE FRATURA DA CLAVICULA, CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, SSVV NOR MAIS TAX:36.7FC:74FR:20SAT:96PA:130X80 HV EM CURSO, DIETA ZERO NEGA HAS, DM E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO AOS CCGG DE ENFERMAGEM. 02HRS ADMINISTRADO MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA. 06HRSEVOLUI SSVV NORMAIS, HV EM CURSO, DIETA VO, DIURETICO PRESENTE AOS CCGG DE ENFERMAGEM. | [2] |

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:17:12

## Página 1 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 21:50

|                                       |                               |                       |                      |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA | Dt. Nasc.: 16/10/1991         | Atendimento: 58685018 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA            | Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP | Leito: SL-1/1         |                      |

Profissional(is): ANTONIO WERTS RODRIGUES - ENFERMEIRO - COREN 526624 - SP Nº: 37641196 27/04/2019 às 19:36

|                  |                                                                                                                |     |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Data Da Cirurgia | 27/04/2019                                                                                                     | [2] |
| Hora Da Cirurgia | 20:00                                                                                                          | [2] |
| Cirurgia         | Paciente admitido na urgência com fratura de clavícula direita. Encaminhado ao cc para procedimento cirúrgico. | [2] |

|                                  |          |     |
|----------------------------------|----------|-----|
| Sector De Admissão Do Paciente   | urgência | [2] |
| Confirmação De Vaga Em UI        | Não.     | [2] |
| Retirada De Adornos/Próteses     | Sim.     | [2] |
| Confirmação De Reserva De Sangue | Não.     | [2] |
| Paciente Refere Alergia          | NÃO.     | [2] |
| Paciente Está Em Jejum           | SIM.     | [2] |

|                                                                                         |      |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| Identificação Do Paciente                                                               | Sim. | [1] |
| Opme Checado Em Sala Cirúrgica                                                          | Sim. | [1] |
| Equipamentos Checados Em Sala Cirúrgica                                                 | Sim. | [1] |
| Alergias Do Paciente São Conhecidas                                                     | Não. | [1] |
| Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirúrgica                                       | Sim. | [1] |
| Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea | Não. | [1] |
| Via Aérea Difícil                                                                       | Não. | [1] |
| Confirmação De Vega Em Utl                                                              | Não. | [1] |
| Kit Cirúrgico Completo Em Sala                                                          | SIM. | [1] |
| Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia                                | SIM. | [1] |
| Verificação De Anestésica Concluída                                                     | SIM. | [1] |
| Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento                                          | SIM. | [1] |

|                                                               |          |     |
|---------------------------------------------------------------|----------|-----|
| Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função | Sim.     | [1] |
| Lateralidade Do Procedimento                                  | Direita. | [1] |
| Paciente Certo                                                | Sim.     | [1] |
| Sítio Cirúrgico Identificado                                  | Sim.     | [1] |
| Procedimento                                                  | Sim.     | [1] |

|                                                                         |      |     |
|-------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado | Sim. | [1] |
| Checkagem Completa Dos Equipamentos                                     | Sim. | [1] |





## CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 21:50

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 58685016 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-1/1

|                                                                              |      |     |
|------------------------------------------------------------------------------|------|-----|
| Checkagem Completa Das Medicções Anestésicas                                 | Sim. | [1] |
| Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando                 | Sim. | [1] |
| Esterilização Do Material Confirmada E Validada                              | Sim. | [1] |
| Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas                 | SIM. | [1] |
| As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas      | SIM. | [1] |
| <b>ADETERMINADO O PROCEDIMENTO</b>                                           |      |     |
| Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados          | Sim. | [1] |
| As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas | Sim. | [1] |
| Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião                 | Sim. | [1] |
| A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente      | SIM. | [1] |
| Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento                            | SIM. | [1] |

Antonia Martins Rodrigues  
COREN-PI 525.602 - ENF.



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Rio Poty

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

27/04/2019 22:35

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 56665016 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: CENTRO CIRURGICO - HRP Leito: SL-1/1  
Profissional(is): ANTONIA MARTINS RODRIGUES - ENFERMEIRA COREN-PI 526.647 Nº: 37643387 27/04/2019 às 20:43

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

### Evolução da enfermagem

19:30- PACIENTE ADMITIDO NO CENTRO CIRURGICO PROCEDENTE DA URGÊNCIA PARA SUBMETER-SE A OSTEOSINTESE DA CLAVICULA D.COF,EUPNEICO,NORMOCORADO,NORMOTENSO,NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA,ALIMENTAR,DM,HAS.SEGUE SOB CUIDADOS DA EQUIPE. [1]

20:05-REALIZADO ANESTESIA GERAL PELO ANESTESISTA DR CORTEZ  
20:30-INICIADO PROCEDIMENTO CIRURGICO,SEGUE SEM INTERCORRENCIAS.

21:30-REALIZADO ANESTESIA BLOQUEIO PERIFERICO NO POI PELO ANESTESISTA DR.CORTEZ,SSVV,P.A: 127X79 FC: 66 SATURAÇÃO: 98%  
SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

21:50- PACIENTE NA SRPA NO POI SOB EFEITO DE ANESTESIA GERAL+BLOQUEIO,SEGUE COF,EUPNEICO,RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE AA SEM SUPORTE DE O2 EM HV+PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO.F.O COM CURATIVO LIMPO E SECO SEGUE COM TIPOIA.LIBERADO PELO ANESTESISTA PARA O RX EM SEGUIDA PARA POSTO 1A.SEGUE SOB CUIDADOS.

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Antonia Martins Rodrigues  
COREN-PI 526.647 - ENF.





Rio Poty

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

# EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

28/04/2019 11:53

|                                                                              |                       |                       |                      |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                                        | DI. Nasc.: 16/10/1991 | Atendimento: 50885016 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                                                   | Posto: POSTO 1A - HRP | Leito: 101-RP/1       |                      |
| Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM 104741 MISSA ROSA EM | Nº: 37664819          | 28/04/2019            | às 11:51             |

## REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

|                      |                                                                                                                                  |     |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Evolução Do Paciente | paciente em pos op fratura de clavícula d<br>sem queixas<br>ef. folhipe e seca<br>bpd<br>cd. medicação, alis, orientações gerais | [1] |
| CID 10               | S420 FRATURA DA CLAVÍCULA                                                                                                        | [1] |

Dr. Márcio Batista de Carvalho  
CRM - 104741  
Ortopedia e Traumatologia  
TEO1.1554





## REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

28/04/2019 11:56

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 58685016 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: POSTO 1A - HRP Leito: 101-RP/1  
Profissional(is): CARIMARA FRAUJOLIGES TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN RJ 663209 Nº: 37658165 28/04/2019 às 09:20

### DADOS DO PACIENTE

Data De Nascimento 16/10/1991 [1]  
Sexo MASCULINO. [1]  
Pulseira De Identificação Sim [1]

### PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANHÃ

Hora 07:30 [1]  
Hora

Descrição Paciente segue internado com quadro clínico: PQ DE FRATURA DE CLAVÍCULA "D". Evolui consciente, orientado, fásico, eupneico, afebril, SSVV estáveis, respirando espontâneo sem aporte de O<sub>2</sub>. HV por AVP funcionando e sem sinais flogísticos em MSE, dieta VO com boa aceitação, sono e repouso satisfatórios, eliminações fisiológicas presentes e normais. Nega DM + HAS + Alergia Medicamentosa. Sem queixas algas no momento, segue sob cuidados. [1]

Hora 08:30 [1]  
Hora

Descrição Paciente encaminhado ao banho de aspersão, realizado troca de lençóis. Segue aguardando visita médica. [1]

Hora 12:00 [1]  
Hora

Descrição Verificado SSVV, mantidos estáveis:  
PA: 120/80mmHg  
SpO<sub>2</sub>: 98%  
FC: 84bpm  
FR: 20rpm  
TAX: 36,8°C.  
Recebeu visita médica, segue de alta hospitalar, retirado AVP. [1]

### PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE

### PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE

### CUIDADOS DE ENFERMAGEM



Rio Poty

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**

28/04/2019 01:10

|                                                  |                         |                                         |                      |
|--------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA            | DL Nasc.: 16/10/1991    | Atendimento: 50685016                   | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVIA YERESINA                        | Nº Prescrição: 21555909 | 28/04/2019 às 01:09                     |                      |
| Posto: POSTO 1A - HRP                            | Leito: 101-RP1          | Enfermeiro(a): ERICA MORGANA CRUZ LEMOS |                      |
| Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO |                         |                                         |                      |
| Profissionais:                                   |                         |                                         |                      |

**2 - CONFORTO PREJUDICADO**

Relacionado a: DOR

MANTER POSIÇÃO CONFORTÁVEL Mantido:

**8 - RISCO DE INFECÇÃO RELACIONADO A**

Relacionado a: PROCEDIMENTOS INVASIVOS

OBSERVAR SINAIS FLOGÍSTICOS Mantido:



## BOLETIM DE CIRURGIA

Página 1 de 1

28/05/2019 17:29

Rio Poty

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

Dt. Nasc.: 16/10/1991

Atendimento: 59457945

Prontuário: 14348426

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: SRP-02/1

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM-PR-3047 Nº: 39236440 28/05/2019 às 17:25

| DIAGNOSTICO           |                                                                                                                                                                                           |     |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Diagnóstico Clínico   | T813                                                                                                                                                                                      | [1] |
| Diagnóstico Cirúrgico | T813                                                                                                                                                                                      | [1] |
| ANESTESIA             |                                                                                                                                                                                           |     |
| Hora De Inicio        | 17:30                                                                                                                                                                                     | [1] |
| Hora De Término       | 18:00                                                                                                                                                                                     | [1] |
| DADOS DA CIRURGIA     |                                                                                                                                                                                           |     |
| Data Da Cirurgia      | 28/05/2019                                                                                                                                                                                | [1] |
| Hora Da Cirurgia      | 17:25                                                                                                                                                                                     | [1] |
| Cirurgia              | 1- paciente em ddh sob anestesia geral<br>2- assepsia, antissepsia, campos estereis<br>3- desbridamento, lavagem com sf intensa<br>4- visto pouca secreção serosa<br>5- suturas, curativo | [1] |
| Cirurgião             | dr márcio batista                                                                                                                                                                         | [1] |

301.01280  
307.17424.Dr. Márcio Batista de Carvalho  
CRM-PR-3047

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:17:12

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318171155900000010533516>

Número do documento: 20080318171155900000010533516

Num. 11114999 - Pág. 50



Nome: MANOEL CESAR TAVARES Data: 20/05/19  
Idade: \_\_\_\_\_ Peso: 70kg Sexo: F ( ) M (X)  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Convênio: HAI  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: REDAÇÃO INTRA Anestesia: B. G. A.  
Cirurgião: MANOEL ASA: 1

|   |                  |
|---|------------------|
| A | HORA             |
| G | O <sub>2</sub>   |
| E | N <sub>2</sub> O |
| N | Ar               |
| T | CO <sub>2</sub>  |
| E |                  |
| S |                  |

## LÍQUIDOS

| CARDIOSCÓPIO                           | PRESSÃO NÃO INVASIVA | CAPNOGRAFO | OXÍMETRO DE PULSO | PRESSÃO INVASIVA |
|----------------------------------------|----------------------|------------|-------------------|------------------|
| SAT O <sub>2</sub> : 98 - 99 - 99 - 99 |                      |            |                   |                  |
| ETC O <sub>2</sub> : 34 - 35 - 35 - 37 |                      |            |                   |                  |
| PVC                                    |                      |            |                   |                  |

| DROGAS                  |        |                 |        | EVENTO  |                     |                  |
|-------------------------|--------|-----------------|--------|---------|---------------------|------------------|
| 1 <del>5ml</del> - 2p   | 9      | NARFEDINA - 16p |        | A       | PES LEVADA A SRA AT |                  |
| 2 <del>5ml</del> - 2p   | 10     |                 |        | B       | 18:00L Em SRA 94.5m |                  |
| 3 <del>5ml</del> - 2p   | 11     |                 |        | C       | Am 48.55E. 15. 19p  |                  |
| 4 <del>5ml</del> - 2p   | 12     |                 |        | D       | SA - 130x10         |                  |
| 5                       | 13     |                 |        | E       |                     |                  |
| 6 <del>5ml</del> - 30p  | 14     |                 |        | F       |                     |                  |
| 7                       | 15     |                 |        | G       |                     |                  |
| 8 <del>5ml</del> - 2h   | 16     |                 |        | H       |                     |                  |
| 9 <del>5ml</del> - 16p  | 17     |                 |        | I       |                     |                  |
| 10 <del>5ml</del> - 16p | 18     |                 |        | J       |                     |                  |
| LIQUIDOS                | VOLUME | PERDAS          | VOLUME | BALANÇO | Entubação:          | Naso Sonda:      |
| <del>5ml</del>          |        |                 |        |         | ORF                 |                  |
| SF                      | 1.000p |                 |        |         | Respiração:         | Assist. Micom    |
|                         |        |                 |        |         | Espon               |                  |
|                         |        |                 |        |         | Absorvedor de:      | Sem Com          |
|                         |        |                 |        |         |                     |                  |
|                         |        |                 |        |         | Posição:            | Local da Punção: |
|                         |        |                 |        |         | Agulha:             | Técnica:         |
|                         |        |                 |        |         | Início:             | Fim:             |
|                         |        |                 |        |         | Duração:            |                  |
| Condição final op:      |        |                 |        |         |                     |                  |

**Intercorrências per. op:**

**Ass. Anestesista - CRM**

FICHA DE ANESTÉSIA REF: 7441





## RELATÓRIO ADMISSÃO DE INTERNAMENTO

Página 1 de 1

28/05/2019 09:12

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

|                                    |                                                                                                                                                                   |            |                         |              |          |             |          |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|--------------|----------|-------------|----------|
| Paciente:                          | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                                                                                                                                       | Dt. Nasc.: | 16/10/1991              | Atendimento: | 59442327 | Prontuário: | 14348426 |
| Convênio:                          | HAPVIDA TERESINA                                                                                                                                                  | Posto:     | POSTO EMERGENCIA ADULTO | Leito:       | 184212/1 |             |          |
| Profissional(is):                  | RODRIGO ANDRE DE PAULA ENFERMEIRO DO HOSP MEDICO DE CLINICA GERAL Nº: 39207201 28/05/2019 às 09:10                                                                |            |                         |              |          |             |          |
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>               |                                                                                                                                                                   |            |                         |              |          |             |          |
| Nº Atendimento                     | 59442327                                                                                                                                                          |            |                         |              |          |             | [1]      |
| Nome Completo                      | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                                                                                                                                       |            |                         |              |          |             | [1]      |
| Data De Nascimento                 | 16/10/1991                                                                                                                                                        |            |                         |              |          |             | [1]      |
| Nome Da Mãe                        | FRANCISCA JULIA TAVARES PEREIRA                                                                                                                                   |            |                         |              |          |             | [1]      |
| Data Da Internação                 | 28/05/2019                                                                                                                                                        |            |                         |              |          |             | [1]      |
| <b>DESCRIÇÃO DO CASO</b>           |                                                                                                                                                                   |            |                         |              |          |             |          |
| HDA                                | Paciente operado por fratura na clavícula há 1 mes, comparece ao PS para realizar debridamento. Evolui com deiscência de FO, necessitando de abordagem cirurgica. |            |                         |              |          |             | [1]      |
| <b>SINAIS VITAIS</b>               |                                                                                                                                                                   |            |                         |              |          |             |          |
| Dispensa Registro de Sinais Vitais | Sim                                                                                                                                                               |            |                         |              |          |             | [1]      |
| <b>OUTROS DADOS ESSENCIAIS</b>     |                                                                                                                                                                   |            |                         |              |          |             |          |
| <b>COMORBIDADES</b>                |                                                                                                                                                                   |            |                         |              |          |             |          |
| <b>DIAGNOSTICO</b>                 |                                                                                                                                                                   |            |                         |              |          |             |          |
| CID Principal                      | T813 DEISCENCIA DE FERIDA CIRURGICA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE                                                                                               |            |                         |              |          |             | [1]      |
| <b>PARER DO ESPECIALISTA</b>       |                                                                                                                                                                   |            |                         |              |          |             |          |
| Parer                              | Ortopedista: debridamento cirurgico                                                                                                                               |            |                         |              |          |             | [1]      |
| <b>PLANEJAMENTO TERAPEUTICO</b>    |                                                                                                                                                                   |            |                         |              |          |             |          |
| Plano Terapêutico                  | Procedimento cirurgico                                                                                                                                            |            |                         |              |          |             | [1]      |
| Encaminhamento Do Paciente         | POSTO DE ENFERMAGEM.                                                                                                                                              |            |                         |              |          |             | [1]      |



|                                             |                        |                         |        |                       |                   |
|---------------------------------------------|------------------------|-------------------------|--------|-----------------------|-------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA       |                        | Dt. Nasc.: 16/10/1991   |        | Atendimento: 59457945 |                   |
| Invenção: HAPVIDA TERESIN                   |                        | Nº Prescrição: 22088189 |        | Prontuário: 14348426  |                   |
| Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA - HR     |                        | Leito: SRP-024          |        | Peso: 75,00 kg        |                   |
| DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE           |                        | 3/3h ORAL               |        | CRM-504               |                   |
| Hidratação Venosa                           | Fase Única             | Vol. Total:             | 500 ml | 7,00 gts/min          | Acesso Periférico |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9%                       | 20,83                  | ml/Kcal/dia             | 500 ml |                       |                   |
| CEFAZOLINA SODICA (1.00g)                   | 1g                     | 1 FRAP (FRAP C/ 1GB)    | 8/8h   | EV                    | CRM-504           |
| (D177)                                      | Água Destilada         | 10 ml                   |        |                       |                   |
| PROFENID IV (100.00mg)                      | 100mg                  | 1 FRAP (FRAP C/ 100MG)  | 8/8h   | EV                    | CRM-504           |
|                                             | Soro Fisiológico 0,9 % | 100 ml                  |        |                       |                   |
| DIPIRONA AMP (500.00mg/ml)                  | 1000mg                 | 2 ML (AMPL C/ 500MG)    | 6/6h   | EV                    | CRM-504           |
|                                             | Água Destilada         | 18 ml                   |        |                       |                   |
| TRAMADOL (50.00mg/ml)                       | 100mg                  | 2 ML (AMPL C/ 100MG)    | 8/8h   | EV                    | CRM-504           |
|                                             | Soro Fisiológico 0,9 % | 100 ml                  |        |                       |                   |
| Alta vigilância                             |                        |                         |        |                       |                   |
| PLAMEF (5.00mg/ml)                          | 10mg                   | 2 ML (AMPL C/ 10MG)     | 8/8h   | EV                    | CRM-504           |
|                                             | Água Destilada         | 18 ml                   |        |                       |                   |
| SONDAGEM VESICAL DE ALVO                    |                        |                         | SN     |                       | CRM-504           |
| CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA            |                        |                         |        |                       | CRM-504           |
| PUNÇÃO C/ JELCO                             |                        |                         | SN     |                       | CRM-504           |
| SINAIS VITAIS                               |                        |                         |        |                       | CRM-504           |
| GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS              |                        |                         |        |                       | CRM-504           |
| RETIRADA DE DRENO DE PORTOZA                |                        |                         | SN     |                       | CRM-504           |
| CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO |                        |                         |        |                       | CRM-504           |
| COMPRESSÃO COM ÉTER                         |                        |                         | SN     |                       | CRM-504           |

Profissionais: CRM-504 7

MARCIO BATISTA DE CARVALHO

CRM-P: 5047  
MARCIO BATISTA DE CARVALHO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:17:12

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318171155900000010533516>

Número do documento: 20080318171155900000010533516

## RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

Rio Poty

28/05/2019 18:01

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA  
Convênio: HAPVIDA TERESINA

Dt. Nasc.: 16/10/1991

Atendimento: 59457945

Prontuário: 14348426

Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: SRP-02/1

Profissional(is): MARCIO BATISTA DE CARVALHO MEDICO FORMADO EM MEDICINA N°: 39238256 28/05/2019 às 18:00

## DIAGNOSTICOS

|       |                                                                     |     |
|-------|---------------------------------------------------------------------|-----|
| CID10 | T813 DEISCENCIA DE FERIDA CIRURGICA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE | [1] |
| CID10 | T813 DEISCENCIA DE FERIDA CIRURGICA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE | [1] |

Assinado eletronicamente por:  
EDNAN SOARES COUTINHO  
Data: 03/08/2020 18:17:12





## PLANO TERAPÊUTICO MULTIDISCIPLINAR

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

28/05/2019 17:16

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 59457945 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: SRP-02/1

Profissional(s): MARCIOPATSA DE OLIVEIRA MÉRICO CRISTOVÃO PEREIRA Nº: 39235860 28/05/2019 às 17:15

|                                     |                                                                     |     |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>                |                                                                     |     |
| Nome                                | MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                                         | [1] |
| Sexo                                | Masculino.                                                          | [1] |
| Idade                               | 27 A 7 M                                                            | [1] |
| Data De Nascimento                  | 16/10/1991                                                          | [1] |
| Nº Atendimento                      | 59457945                                                            | [1] |
| <b>DADOS DO PACIENTE</b>            |                                                                     |     |
| <b>MOTIVOS DA INTERNAÇÃO</b>        |                                                                     |     |
| CID10 Primário                      | T813 DEISCENCIA DE FERIDA CIRURGICA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE | [1] |
| <b>COMORBIDADES</b>                 |                                                                     |     |
| <b>GRAU DE DEPENDENCIA</b>          |                                                                     |     |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS</b>     |                                                                     |     |
| <b>OBJETIVOS TERAPÊUTICOS</b>       |                                                                     |     |
| Principal                           | tratamento da infecção de sítio cirurgico clavícula d               | [1] |
| <b>OBJETIVOS MULTIDISCIPLINARES</b> |                                                                     |     |
| <b>ALTA HOSPITALAR</b>              |                                                                     |     |
| Total De Dias                       | 1 Dias                                                              | [1] |

Dr. Marcio Patia de Oliveira  
CRM 210.017



# CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 1 de 2

Rio Poty

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

28/05/2019 16:31

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 59457945 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVIDA TERESINA Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: SRP-02/1  
Profissional(is): ADRIANA PEREIRA COSTA - ENFERMEIRA COREN RJ 241177 Nº: 39231368 28/05/2019 às 15:54

| DADOS DA ADMISSÃO                                                                       |              |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|
| Data Da Cirurgia                                                                        | 28/05/2019   | [1] |
| Cirurgia                                                                                | DESRIDAMENTO | [1] |
| ANTES DE ENCAMINHAR AO CCN                                                              |              |     |
| Setor De Admissão Do Paciente                                                           | PQA          | [1] |
| Identidade Do Paciente                                                                  | SIM.         | [1] |
| Avaliação Pré-Anestésica                                                                | SIM.         | [1] |
| Realizados Protocolos De Instrumentais                                                  | SIM.         | [1] |
| Demarcação Da Lateralidade Pelo Cirurgião                                               | SIM.         | [1] |
| Confirmação De Vaga Em Uti                                                              | Não.         | [1] |
| Exames Complementares                                                                   | Não.         | [1] |
| Retirada De Adornos/Próteses                                                            | SIM.         | [1] |
| Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia                                | SIM.         | [1] |
| Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia                               | SIM.         | [1] |
| Confirmação De Reserva De Sangue                                                        | Não.         | [1] |
| Tricotomia                                                                              | Não.         | [1] |
| Banho Pre-Operatório                                                                    | Não.         | [1] |
| Paciente Refere Alergia                                                                 | NÃO.         | [1] |
| Paciente Está Em Jejum                                                                  | SIM.         | [1] |
| ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA                                                             |              |     |
| Identificação Do Paciente                                                               | SIM.         | [1] |
| Opme Checado Em Sala Cirúrgica                                                          | Não.         | [1] |
| Equipamentos Checados Em Sala Cirúrgica                                                 | SIM.         | [1] |
| Alergias Do Paciente São Conhecidas                                                     | Não.         | [1] |
| Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirúrgica                                       | SIM.         | [1] |
| Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea | Não.         | [1] |
| Via Aérea Difícil                                                                       | Não.         | [1] |
| Confirmação De Vaga Em Uti                                                              | Não.         | [1] |
| Kit Cirúrgico Completo Em Sala                                                          | SIM.         | [1] |
| Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia                                | SIM.         | [1] |
| Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia                               | SIM.         | [1] |
| Sítio Demarcado Pelo Cirurgião                                                          | SIM.         | [1] |
| Verificação De Anestésica Concluída                                                     | SIM.         | [1] |

Adriana Pereira Costa  
COREN RJ 241177 - CNE



# CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

Página 2 de 2

28/05/2019 18:31

Rio Poty

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA Dt. Nasc.: 16/10/1991 Atendimento: 59457945 Prontuário: 14348426  
Convênio: HAPVITA TERESINA Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS POA Leito: SRP-02/1

|                                                                                 |          |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|
| Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento                                  | SIM.     | [1] |
| <b>ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA</b>                                               |          |     |
| Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função                   | SIM.     | [1] |
| Lateraldade Do Procedimento                                                     | Direita. | [1] |
| Paciente Certo                                                                  | SIM.     | [1] |
| Sítio Cirúrgico Identificado                                                    | SIM.     | [1] |
| Procedimento                                                                    | SIM.     | [1] |
| <b>ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA</b>                                               |          |     |
| Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado         | SIM.     | [1] |
| Checkagem Completa Dos Equipamentos                                             | SIM.     | [1] |
| Antibiótico profilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos                         | Não.     | [1] |
| Checkagem Completa Das Medicções Anestésicas                                    | SIM.     | [1] |
| Esterilização Do Material Confirmada E Validada                                 | SIM.     | [1] |
| Etapas Críticas,Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas                     | SIM.     | [1] |
| As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente Foram Compartilhadas         | SIM.     | [1] |
| <b>APÓS O TÉRMINO DO PROCEDIMENTO</b>                                           |          |     |
| Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento Devidamente Realizados             | SIM.     | [1] |
| As Contagem De Instrumentais Cirúrgicos, Compressas E Agulhas Estão Corretas    | SIM.     | [1] |
| Amostra Para Anatomia Patológica Está Identificada E Acondicionada Corretamente | SIM.     | [1] |
| Preenchimento De Gulas E/Ou Relatórios Pelo Médico Cirurgião                    | SIM.     | [1] |
| A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E O Manejo Do Paciente         | SIM.     | [1] |
| Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento                               | SIM.     | [1] |



# EVOLUÇÃO DIÁRIA PÓSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

28/05/2019 17:23

Rio Poty

ULTRA SÔM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

DT. Nasc.: 16/10/1991

Atendimento: 59457945

Prontuário: 14348426

Convênio: HAPVIDA TERESINA

Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: SRP-02/1

Profissional(is): MARCO BATISTA DE CARVALHO MEDICO CRM 39235291 Nº: 39235291 28/05/2019 às 17:22

## REGISTROS MEDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

paciente foi submetido a desbridamento e limpeza cirurgica ombro direito por desoculencia de ferida operatoria

[1]

CID 10

T813 DEISCENCIA DE FERIDA CIRURGICA NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE

[1]

Dr. Marco Batista de Carvalho  
CRM 39235291



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:17:12

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318171155900000010533516>

Número do documento: 20080318171155900000010533516

Num. 11114999 - Pág. 58

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

28/05/2019 15:39

Rio Poty

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA  
Convênio: HAPVIDA TERESINA

DT. Naso.: 16/10/1991

Atendimento: 59457945

Prontuário: 14348426

Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: SRP-02/1

Profissional(is): ADRIANA SILVEIRA COSTA - ENFERMEIRO COREN-PI 381.279-ENF Nº: 39230340 28/05/2019 às 15:37

| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM            |                                                                                                                                                           |     |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Evolução de enfermagem            | PCTE ADMITIDO NO CENTRO CIRÚRGICO, PARA PROCEDIMENTO DE DESBRIDAMENTO COM DR. MARCIO. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, HAS, DM. | [1] |
| ALERGIAS                          |                                                                                                                                                           |     |
| Alergias                          | NEGA                                                                                                                                                      | [1] |
| AVALIAÇÃO DE RISCO                |                                                                                                                                                           |     |
| Lesão Por Pressão Adulto (Braden) | SEM RISCO.                                                                                                                                                | [1] |
| Queda Adulto (Morse)              | BAIXO RISCO.                                                                                                                                              | [1] |
| DISPOSITIVOS                      |                                                                                                                                                           |     |
| Acesso Vascular Periférico        | Sim                                                                                                                                                       | [1] |

Adriana Silveira Costa  
COREN-PI 381.279-ENF



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

28/05/2019 23:12

Ultr Poty

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA  
Convênio: HAPVIDA TERESINA

Dt. Nasc.: 16/10/1991

Atendimento: 59457945

Prontuário: 14348426

Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PQA Leito: SRP-02/1

Profissional(s): EDNAN SOARES COUTINHO - ENFERMEIRO Nº: 39250198 28/05/2019 às 23:11

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de enfermagem

19:10 PCT EM SRPA, EM POI DE DEBRIDAMENTO DE OMBRO DIREITO, SOB EFEITO DE ANESTESIA GERAL. COF. NEGA ALGIA, ALERGIA MEDICAMENTOSA, HAS, DM. SSVV ESTÁVEIS. AVP PÉRVIO. FO COM CURATIVO OCLUSIVO LIMPO E SECO. DIURÊSE ESPONTÂNEA. SEGUE AOS CUIDADOS.  
22:00 APÓS LIBERAÇÃO DA ANESTESIOLOGISTA. PCT CALMO, NEGA ALGIA. SSVV ESTÁVEIS. COMUNICO ALTA HOSPITALAR. RETIRADO AVP. ENTREGUE RECEITUÁRIO. REALIZADA ORIENTAÇÕES PERTINENTES. PCT DEIXA AS DEPENDÊNCIAS DO CC, ACOMPANHADO PELA IRMÃ, PARA RETORNO AO DOMICÍLIO, SENDO TRANSPORTADO EM CADEIRA RODAS PELO MAQUEIRO DANIEL.

[1]

## ALERGIAS

Alergias

NEGA

[1]

## AValiação de Dor

Dor (0 A 10)

0

[1]

## AValiação de Risco

Lesão Por Pressão Adulto (Braden)

SEM RISCO.

[1]

Queda Adulto (Morse)

BAIXO RISCO.

[1]

## DISPOSITIVOS

Sem Dispositivos Invasivos

Sim

[1]

Loiane Rosa de A. Netto  
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

26/05/2019 18:30

Rm Pety

|                                                  |                         |                       |                        |
|--------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA            | Dt. Nasc.: 16/10/1991   | Atendimento: 59457945 | Prontuário: 14348426   |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                       | Nº Prescrição: 22085484 | 28/05/2019 às 15:39   |                        |
| Posto: SALA PARA PROCEDIMENTOS PC                | Leito: SRP-02/1         | Enfermeiro(a):        | ADRIANA SILVEIRA COSTA |
| Avaliação: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM - CIRÚRGICO |                         |                       |                        |
| Profissionais:                                   |                         |                       |                        |

## 1 - MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA

Relacionado a: DOR

|                                           |          |
|-------------------------------------------|----------|
| POSICIONAMENTO ADEQUADO DO PACIENTE       | Mantido: |
| Mantido Leito Em Posição Adequada/ Grades | Mantido: |
| Laterais Levantadas                       |          |

## 5 - DÉFICIT NO AUTO-CUIDADO P/HIGIENE CORPORAL, ORAL, VESTIR-SE

Relacionado a: DOR OU DESCONFORTO

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| ORIENTAR HIGIENE CORPORAL/ORAL/INTIMA | Mantido: |
|---------------------------------------|----------|

Adriana Silveira Costa  
COREN-PI 381.279-ENF





Mano Leon Carlos Peres

**RECEITUÁRIO**

Pan do Modure

Prescrição referente ao tratamento de  
tubo em 26/04/13 sendo  
diagnosticado com fratura de clavícula  
e tratado com cirurgia, abastecimento  
em fase de recuperação do tecido  
aínto não há necessidade de  
laboratório

542.0

Dr. Marcelo Batista de Carvalho  
CRM-PI-5047

24/05/13

Carimbo e Assinatura do Médico  
Rua São Pedro, 3125- Ilhotas



**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL: 3.198.152 DATA DE EXPEDIÇÃO: 21/06/16

NOME: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

FILIAÇÃO: FRANCISCA JULIA TAVARES PEREIRA  
FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA

NATURALIDADE: TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO: 16/10/1991

DOC. ORDEM: CERT. NASC. 2186414110118 279  
EXP. CANCELAMENTO DO REGISTRO 15/07/92  
CPF: 071.296.723-07

0878879

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 99.250/83

CODIGO DE CONTROLE



CÓDIGO DE CONTROLE  
2B4F549511405F2C

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:44:14 do dia 13/05/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA  
0878879

Assinatura do titular

Assinatura do diretor

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número: 071.296.723-07  
Nome: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA  
Nascimento: 16/10/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DAS CIDADES                                                                                                                                                                         |              | SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>DETRAN - PI 9020170474089 Nº 013936696690</b><br>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO                                                                                                                           |              |                                                                                                                                                         |           |
| VIA                                                                                                                                                                                                                              | CDR. RENAVAM | BLZ. I.R.C.                                                                                                                                             | EXERCICIO |
| 1                                                                                                                                                                                                                                | 1090394800   |                                                                                                                                                         | 2019      |
| NOME<br><b>MAURO CEZAR JAVARES PEREIRA</b><br>*****<br>*****                                                                                                                                                                     |              |                                                                                                                                                         |           |
| CPF                                                                                                                                                                                                                              |              | PLACA                                                                                                                                                   |           |
| 07129672307                                                                                                                                                                                                                      |              | PIQ-6774                                                                                                                                                |           |
| PLACA ANT. / UF                                                                                                                                                                                                                  |              | CHASSI                                                                                                                                                  |           |
|                                                                                                                                                                                                                                  |              | 9C2KC2200GR062195                                                                                                                                       |           |
| MARCA / MODELO                                                                                                                                                                                                                   |              | COMBUSTIVEL                                                                                                                                             |           |
| PAS/MOTOCICLO/NENHUMA                                                                                                                                                                                                            |              | ALCO/GASOL                                                                                                                                              |           |
| ANO FAB.                                                                                                                                                                                                                         |              | ANO MOD.                                                                                                                                                |           |
| 2016                                                                                                                                                                                                                             |              | 2016                                                                                                                                                    |           |
| CAP / POT / CIL                                                                                                                                                                                                                  |              | CATEGORIA                                                                                                                                               |           |
| 002P/162CC                                                                                                                                                                                                                       |              | PARTIC                                                                                                                                                  |           |
| COR PREDOMINANTE                                                                                                                                                                                                                 |              | PRETA                                                                                                                                                   |           |
| COTA ÚNICA                                                                                                                                                                                                                       |              | VENC. / COTAS                                                                                                                                           |           |
| VENC. COTA ÚNICA                                                                                                                                                                                                                 |              | 1º IPVA                                                                                                                                                 |           |
| FAIXA IPVA                                                                                                                                                                                                                       |              | 2º                                                                                                                                                      |           |
| PARCELAMENTO / COTAS                                                                                                                                                                                                             |              | 3º PAGO                                                                                                                                                 |           |
| <b>SEGURO OBRIGATORIO</b><br>OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                         |              |                                                                                                                                                         |           |
| DOCUMENTOS TRANSFERIDOS PARA O DONATÁRIO<br>NÃO VÁLIDOS PARA TRANSFERÊNCIA                                                                                                                                                       |              |                                                                                                                                                         |           |
| TERESINA                                                                                                                                                                                                                         |              | DATA                                                                                                                                                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                  |              | 21/3/2019                                                                                                                                               |           |
| <b>RI Nº 013936696690 - BILHETE DE SEGURO DPVAT</b><br>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT<br>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO<br>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA<br>www.seguradoralider.com.br<br>SAC DPVAT 0800 022 1204 |              |                                                                                                                                                         |           |
| EXERCICIO                                                                                                                                                                                                                        |              | DATA EMISSÃO                                                                                                                                            |           |
| 2019                                                                                                                                                                                                                             |              | 21/3/2019                                                                                                                                               |           |
| VIA                                                                                                                                                                                                                              | CPF / CNPJ   | PLACA                                                                                                                                                   |           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                | 07129672307  | PIQ-6774                                                                                                                                                |           |
| RENAVAM                                                                                                                                                                                                                          |              | MARCA / MODELO                                                                                                                                          |           |
| 1090394800                                                                                                                                                                                                                       |              | HONDA/CG 160 FAN ESDI                                                                                                                                   |           |
| ANO FAB.                                                                                                                                                                                                                         |              | ANO MOD.                                                                                                                                                |           |
| 2016                                                                                                                                                                                                                             |              | 2016                                                                                                                                                    |           |
| CAP. REC.                                                                                                                                                                                                                        |              | CHASSI                                                                                                                                                  |           |
| 09                                                                                                                                                                                                                               |              | 9C2KC2200GR062195                                                                                                                                       |           |
| <b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>                                                                                                                                                                                                          |              |                                                                                                                                                         |           |
| PRÊMIO (R\$)                                                                                                                                                                                                                     |              | CUSTO DO SEGURO (R\$)                                                                                                                                   |           |
| 36,04                                                                                                                                                                                                                            |              | 40,04                                                                                                                                                   |           |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)                                                                                                                                                                                                           |              | IDF (R\$)                                                                                                                                               |           |
| 4,15                                                                                                                                                                                                                             |              | 10,32                                                                                                                                                   |           |
| COTA ÚNICA                                                                                                                                                                                                                       |              | PARCELADO                                                                                                                                               |           |
| X                                                                                                                                                                                                                                |              | 15/03/2019                                                                                                                                              |           |
| <b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b><br>CNPJ 09.246.008/0001-04                                                                                                                                                                       |              |                                                                                                                                                         |           |

UUI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:17:12

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318171155900000010533516

Número do documento: 20080318171155900000010533516

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA**, brasileiro, solteiro, atendente, inscrito no CPF sob o nº 071.296.723-07 e no RG nº 3.198.152 SSP-PI, declaro para os devidos fins, sob as penas da lei, que resido no imóvel alugado localizado à Rua Des. Adalberto Correa Lima, 3038, bairro Ininga, Teresina, Piauí, cujo proprietário é **MANOEL CARDOSO DOS SANTOS**, inscrito no RG nº 523.523 SSP-PI.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente para efeitos legais.

Teresina (PI), 01 de julho de 2019

Mauro César Tavares Pereira  
Mauro César Tavares Pereira



equatorial  
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 Insc. Estadual 19.301.383-5  
Nota Fiscal e Contas de Energia Elétrica - Série 0-1  
Registro Especial de Impressão autorizada pela SEFAT 04/98

Para contato  
conosco, informe  
nosso NÚMERO 11

SEU CÓDIGO

0853914-6

Nº da Nota Fiscal 022481075

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.478 de 26 de abril de 2002.

| CONTAS   | VENCIMENTO | CONSUMO TRAM | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|----------|------------|--------------|---------------------|
| MAR/2019 | 05-06-2019 | 180          | 175,87              |

MANOEL CARDOSO DOS SANTOS  
R. DES ADALBERTO CORREA LIMA 3038 2970 ININGA  
CPF: 00035072490300  
CEP: 64.049-680 - TERESINA

ROT: 20.001.55.31.050700

| CONTAS DA LEITURA            | DATA DA LEITURA             |
|------------------------------|-----------------------------|
| Atual: 11696                 | Atual: 30/05/2019           |
| Anterior: 11516              | Anterior: 29-04-2019        |
| Constante de Multiplicação:  | Próxima Leitura: 28-06-2019 |
| Consumo Medido: 180          | Emissão: 27-05-2019         |
| Consumo Faturado: 180        | Apresentação: 30-05-2019    |
| Forma de Faturamento: NORMAL | Código de Irregularidade:   |
|                              | Dias de Consumo: 31         |

| Classe/Subclasse | Uso  | Número Medidor | Posto | Código Fat. | Média 12 meses |
|------------------|------|----------------|-------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL      | MONO | A1323405       |       | 1-1-1-1     | 168            |

| HISTÓRICO DE CONSUMO  | CONSUMO                        | VALOR  |
|-----------------------|--------------------------------|--------|
| Mês/ano consumo       | 180 A R\$ 0,869978 =           | 156,59 |
| ABR/19 152            | CONTR. ILUMINACAO PLS. (COSIP) | 13,50  |
| MAR/19 164            | CORRECAO MONETARIA IG 03/19-00 | 1,62   |
| FEV/19 154            | MULTA POR ATRASO 03/19-00      | 2,84   |
| JAN/19 133            | JUROS POR ATRASO 03/19-00      | 1,32   |
| DEZ/18 175            | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA     | 1,73   |
| NOV/18 206            |                                |        |
| OUT/18 206            |                                |        |
| SET/18 187            |                                |        |
| AGO/18 190            |                                |        |
| JUL/18 150            |                                |        |
| TARIFA SPM TRIMESTRE: |                                |        |
| R\$ 180 - 0,624976    |                                |        |

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

| Mes/Ano | Valor R\$ | Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 14-05-2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SEREN, informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 504,95 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. |
|---------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 04/2019 | 141,47    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Declaramos quitados todos débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO-1-5-10-15-20-25

| RESERVADO AO FISCO              |       | SÉRIE DSCC C6AA E3E5 256F C2B0 4A73 F90E |               |
|---------------------------------|-------|------------------------------------------|---------------|
| IMPOSTOS DE CONTRIBUIÇÕES - R\$ |       | IMPOSTOS DE CONTRIBUIÇÕES - R\$          |               |
| Distribuição:                   | 32,91 | Base de Cálculo:                         | 156,59 122,14 |
| Energia:                        | 63,59 | Alíquota ICMS:                           | 22,00%        |
| Transmissão:                    | 10,75 | Valor do ICMS:                           | 34,44         |
| Encargos:                       | 5,26  | Valor do PIS:                            | 1,40%         |
| Tributos:                       | 44,08 | Valor do COFINS:                         | 6,40%         |

| INDICADORES DE CONFIABILIDADE |        |            |       |        |            |       |        |            |
|-------------------------------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|
|                               | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral |
| Limite                        | 5,19   | 10,39      | 20,77 | 3,36   | 6,73       | 13,45 | 2,94   |            |
| Realizado                     | 0,00   |            |       | 0,00   |            |       | 0,00   |            |
| Conjunta                      |        |            |       |        |            |       |        |            |

ROT: 20.001.55.31.050700

| equatorial<br>cepisa | SEU CÓDIGO   | TOTAL A PAGAR - R\$ |
|----------------------|--------------|---------------------|
|                      | 0853914-6    | 175,87              |
|                      | MES FATURADO | VENCIMENTO          |
|                      | 05/2019      | 05-06-2019          |

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 Insc. Estadual 19.301.383-5  
Nº da Nota Fiscal: 022481075

83640000001 1 75870017000 7 00000000853 2 91460519008 3



SEQ.: 00054 UC: 0853914-6 DT.LEIT.: 30/05/2019 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 11696 NORMAL TOTAL: 175,87 CARGA: B22  
DT.VENC.: 05-06-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1261





# FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HOSP RIO POTY

11/06/2019 11:37

|                                                             |                                |                       |                      |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA                       | Dt. Nasc.: 16/10/1991          | Atendimento: 58680290 | Prontuário: 14348426 |
| Convênio: HAPVIDA TERESINA                                  | Posto: POSTO EMERGENCIA ADULTO | Leito: 184212/8       |                      |
| Profissional(is): DAVI MAGALHAES LEITE NOVAES CRM 189131/11 | Nº: 37624469                   | 27/04/2019            | às 13:05             |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ANAMNESE</b>                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Queixa Principal                  | Paciente sofreu acidente moto x carro há cerca de 24h<br>Relata ainda dor intensa em topografia de clavícula D<br>Faz uso de dipirona EV hoje no Hospital do Satélite.<br><br>Ao EF BEG CHAAA LOTE eupneico<br>Extremidades: edema e limitação de movimento de mSD<br><br>CD<br>Solicito Rx de clavícula e mSD<br>Discuto caso com retaguarda para avaliação da ortopedia<br>Prescrevo analgesia<br>Retorno após |
| Queixa Principal                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Diagnóstico Inicial               | 43 DOR MÚSCULOESQUELÉTICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| CID10                             | S420 FRATURA DA CLAVICULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Alergias                          | Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Medicação Em Uso                  | Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                   | 43                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>EXAME FÍSICO</b>               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Aspecto Geral                     | Paciente sofreu acidente moto x carro há cerca de 24h<br>Relata ainda dor intensa em topografia de clavícula D<br>Faz uso de dipirona EV hoje no Hospital do Satélite.<br><br>Ao EF BEG CHAAA LOTE eupneico<br>Extremidades: edema e limitação de movimento de mSD<br><br>CD<br>Solicito Rx de clavícula e mSD<br>Discuto caso com retaguarda para avaliação da ortopedia<br>Prescrevo analgesia<br>Retorno após |
| Temperatura                       | 36,2 °C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Frequência Cardíaca               | 80 bpm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Frequência Respiratória           | 19 IPM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sat O2                            | 99 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Pa Sistólica                      | 122                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Pa Diastólica                     | 70                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Nível De Consciência              | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Resposta Motora                   | 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Resposta Verbal                   | 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Escala De Glasgow                 | 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| CID10                             | S420 FRATURA DA CLAVICULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| CID10                             | S420 FRATURA DA CLAVICULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAURO LEZAR TAVARES PEREIRA, portador da carteira de identidade nº 3.198.152 e inscrito no CPF/MF sob o nº 071.296.923-07 residente e domiciliado na RUA ADALBERTO CORREIA LIMA, 3038, Cidade ARACATUBA Estado PARANÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ☒ ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de inexistência de IML



Mauro Lezar Tavares Pereira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

ARACATUBA, 24/06/2019

Local e data

889800421



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MAURO Cezar TAVARES PEREIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.198.157

EXPEDIDO POR SSD-PE

EM 21/06/16

CPF 071296723-07 / CNPJ \_\_\_\_\_

PROFISSÃO ATENDENTE

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAURO Cezar TAVARES PEREIRA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4326 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 01042005-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA BENEFÍCIO.



NERESANA 24 de JULHO de 2016 x MAURO Cezar TAVARES PEREIRA  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

*WV*  
*labor*



38 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002359/2019-14

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 24/06/2019 - 10:42

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV; JOAO ANTONIO LEITAO, Nº:

Complemento

Data/Hora

27/04/2019 - 13:05

Bairro

PIÇARREIRA

Ponto de Referência

RECEBIDO

05 JUL 2019

Seguradora Líder DPVAT

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

RG: 3198152

Mãe: FRANCISCA JULIA TAVARES PEREIRA

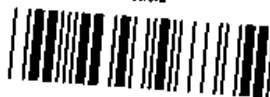
Endereço: AV; ALDABERTO CORREIA LIMA, Nº 3038

Bairro: PLANALTO ININGA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

Boletim de Ocorrência



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE QUE CONDUZIA A MOTO/CG 160 FAN ESDI, ANO 2016, PLACA-PIO-6774-PI, RENAVAM-1090394800, DE SUA PROPRIEDADE, RELATA QUE TRAFEGAVA NA VIA CIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO, INVEDIU A PREFERENCIAL E BATEU NA TRAZEIRA DA MOTO CAIU SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA O HOSPITAL RIO POTY. PRONTUARIO.14348426. FATO TESTEMUNHADO:ALBEJANE SILVA LIMA, CPF-015.541.873-46. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

*Mauro Cezar Tavares Pereira*  
MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA - Notificante  
Responsável pela informação

Delegado de Polícia





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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190426338

Vítima: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 28/08/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00807/00808 - carta\_09 - INVALIDEZ

00020404



Carta nº 14744981





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, 06 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190426338**

**Vítima: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA**

**Data do Acidente: 27/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **33**

Agência: **4326**

Conta: **000001042005-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190426338

Vítima: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

Data do Acidente: 27/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

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

Carta nº 14609675



# 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: 30/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04326

CONTA: 000001042005-5

---

---

Nr. da Autenticação F2417B512B94D631



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236832/19

Número do Sinistro: 3190426338

Vítima: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

CPF: 071.296.723-07

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 27/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

### 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: 20/08/2019  
Nome: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA  
CPF: 071.296.723-07

MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019  
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa  
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236832/19

**Vítima:** MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

**CPF:** 071.296.723-07

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 27/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA : 071.296.723-07**

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: 12/07/2019  
Nome: MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA  
CPF: 071.296.723-07

MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019  
Nome: Patricia Aleixo Silva  
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190426338 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 28/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.  
P-5-6-9-27-44-51-53.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das  
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA. VÍTIMA JÁ INDENIZADA NO VALOR DE R\$ 1.687,50 POR DEFICIT MODERADA DO OMBRO DIREITO. EM 25/07/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190426338 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURO CEZAR TAVARES PEREIRA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 25/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.  
P-5-6-9-27-44-51-53.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Em tratamento

#### Conduta mantida:

#### Quantificação das sequelas:

#### Documentos complementares:

**Observações:** FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

