



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCOLE MORAES DA SILVA,

RG nº 7.591.497, data de expedição 12/12/16, Órgão SDS-PC,

CPF nº 090944.27402, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA POURADINHA</u>
Número	<u>189A</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>VAXO DA GAMA</u>
Cidade	<u>RECIFE</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>52.081.560</u>
Telefone de Contato	<u>81. 98825-21513</u>
E-mail	<u>- - -</u>

Por ser verdade, firmo-me.

CONFERE COM
O ORIGINAL

Local e Data: Recife, 23.10.2018.

Assinatura do Declarante: Marlene Moraes de Silva





CNPJ 09.769.033/0001-64
INSC. EST. Nº 16.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - RUA - S/N - DOIS IRMÃOS R
ECIFF PE 52121 R11

DADOS DO CLIENTE
ZORAYDE HOKAIS DA SILVA
R. DOURADINHA, N. 00189 - CASA-A - VASCO DA GAMA RECIFE PE 52081
MATRÍCULA 60085618 - 10/01/2018
INSCRIÇÃO: 300.315.160.2068 002 GRUPO: 17 DEN. AUTOMÁTICO: 060985618

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES	PÚBLICA
CORTADO	POTENCIAL	1	COMERCIAL	
HIDRÔMETRO A108091901	DATA LEIT. ANTERIOR 14/05/2018	DATA LEIT. ATUAL 15/06/2018	TIPO DE CONSUMIDOR (A/B)	

ÁGUA:
LEIT. ANT: 1602 CONSUMO: 21
LEIT. ATU: RECOR. ANOM. NO RET
LEIT. FAT: 1623

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO:

04/2018	21
07/2018	21
02/2018	21
01/2018	21
12/2017	21
11/2017	21
MEDIA:	21

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.014/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDE A LEGIS.
TURBIDEZ	118	118	118
COR APARENTE	118	118	118
CLORO RESIDUAL	118	118	118
COLI. TOTAIS	118	118	118
E. COLI	118	118	118

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 100% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S)

MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2018
TARIFA CORTADO DEC. 16.251/94 05/2018

CONSUMO	TOTAL (R\$)
	0,24
	12,39

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	TRIBUTOS	TRIBUTOS
MS	11,00	1,40	0,00
ES	0,00	0,00	0,00

VENCIMENTO: 25/06/2018 TOTAL A PAGAR: 12,63

RECEBEMOS
DÊBITO AO TRABALHO INFANTIL
DEBENTE DESPESAS



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MAREQUES MORAES DASILVA
R. 67.591.497-343-PC, CPF 090.941.274.07
RUA DO BRADINHA - 189 - ANTOPO RUCALIBTO
VASCO RECIFE-PE-CEP 52081570

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 29.12.2018

Mareques Moraes da Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO

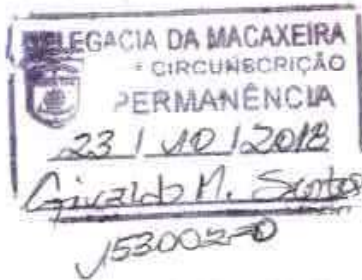
D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

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

Recife (PE), 27 de 12 de 2018.

Paulo Antonio Coelho Castor de Silva





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA - DP18ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0108002360**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/10/2018** às **09:28**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **23/10/2017** às **08:05**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA VEREADOR OTACILIO AZEVEDO, 01 - Bairro: BREJO DE BEBERIBE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE A ESCOLA SÃO CRISTOVÃO.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOTAXISTA (AUTOR / AGENTE)
WANDERSON GABRIEL GOMES DE ARAÚJO (TESTEMUNHA)
MARCONE MORAES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

MARCONE MORAES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZORAIDE MORAES DA SILVA** Pai: **MARCELO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **5/4/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7591497/SDS/PE (RG), 09094127407 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRADUADO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **81988477056**

Endereço Residencial: **RUA DOURADINHA, 189 - CEP: 55000-000 - Bairro: VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

WANDERSON GABRIEL GOMES DE ARAÚJO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDJANE GOMES DE ARAUJO** Pai: **RONALDO DE ARAUJO** Data de Nascimento: **21/9/1995** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA DOURADINHA, 195 - CEP: 55000-000 - Bairro: VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTOTAXISTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTOTAXISTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

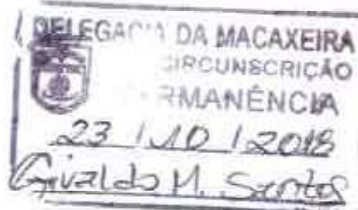
DECLARA O SR. MARCONE MORAES DA SILVA QUE VIAJAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA, PLACA NÃO ANOTADA, QUANDO TRAFEGAVA NAS PROXIMIDADES DA ESCOLA SÃO CRISTOVÃO, NO BAIRRO DA GUABIRABA, ESTAVA CHOVENDO O MESMO DERRAPOU E CAIU. A VÍTIMA SOFREU TRAUMA COM DESLOCAMENTO DE CLAVICULA E TRAZIDO PELO SAMU, NEGA VÔMITO E DESMAIO. A VÍTIMA FOI ATENDIDO PELO SAMU METROPOLITANO/RECIFE PARA A UPA/NOVA DESCOBERTA. APRESENTOU A DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO DO SAMU Nº 039.10.2018 E A FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA Nº 1099906, PRONTUÁRIO: 34865. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE B.O.

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

Marcone Moraes da Silva
MARCONE MORAES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GIVALDO MARCELINO DOS SANTOS - MAT. 153002-0**

CONFERE COM
O ORIGINAL



153002-0



23/10/2018 09:23





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 039.10.2018
EM: 10.10.2018

Atendendo ao requerimento do Sr. **EDVALDO DELMIRO DE SOUZA**, portador do Documento de Identidade nº **1294235** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **378.040.654-34**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-396437**, que no dia 23 de outubro de 2017, o paciente Sr. **MARCONE MORAES DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **7591497** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **090.941.274-07**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 08h05, na Avenida Otacílio de Azevedo, em frente do Colégio São Cristovão, Guabiraba, Recife/PE e, em seguida, sendo encaminhada para a UPA Nova Descoberta.
Recife, 10 de outubro de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife
Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife





SECRETARIA DE SAÚDE E BEM ESTAR SOCIAL



ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Unidade de Origem

Paciente: Marcos Moraes de LVA

Registro

Dados Clínicos: Pseudotumor testicular @

Exames Complementares / Resultados: RC

Hipótese Diagnóstica: Pseudotumor testicular @

Conduta Adotada

Justificativa do Encaminhamento: Avaliar necessidade de Hto cirúrgico

Encaminhado para

CLÍNICA DO OMBRO

03/03/18
Data

Nome

Dr. Paulo Antonio Coelho Castor
CRM 12.192

Unidade do Especialista

Exame Clínico

Exames Complementares

Parecer do Especialista

Tratamento Proposto

LOCAL: NA UNIDADE DE ORIGEM ☐

NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ☐

OUTRO SERVIÇO ☐

NOME

CRM

DATA



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO PRÉ OPERATÓRIO

Declaro para os devidos fins que eu, MARCONE MORAES DA SILVA, portador do registro hospitalar: 20380820, estou ciente dos riscos anestésicos e cirúrgicos inerentes ao procedimento, ao qual serei submetido, designado: PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE DE CLAVICULA ESQUERDA

A saber: Hemorragias, Reações anafiláticas, Infecções, Lesões neurológicas temporárias ou definitivas, as quais podem resultar em perda da função do membro, amputação do membro, óbito, entre outras.

Autorizo realização de procedimento.

Paciente (ou responsável):



Testemunha:


Dr. Victor Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15516

Recife, 28/08/18




UPA24h
 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
 NOVA DESCOBERTA


 Hospital Espírito
 Maria Lucinda
 Hospital de Referência do Estado de Pernambuco

Requisição de Exames

Nome: Marcos

Idade: _____ Reg.: _____

Esclarecimento Clínico: _____

☐ Hemograma ☐ HT/HB
☐ Creatinina ☐ Uréia ☐ Na ☐ K
☐ Sumário de Urina

Outros: OMRMO

☐ RX ☐ Tórax ☐ Abdômen
☐ Crânio ☐ PA ☐ Perfil
☐ AP

☐ Eletrocardiograma

Data: ____/____/____ Hora: ____:____
 Carimbo/Assinatura do Médico(a)

Dr. F. L. S. Neto
 CRM 5387

Cod. 8746 - 400 Blocos 55x2 - Set/2017 - AGR Gráfica e Editora Ltda.



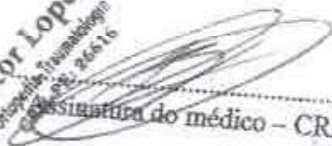
INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
CONVÊNIO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFPE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO, que o segurado AMILTON DE MENEZES
de SNV portador da Carteira Profissional nº 1111111111
série nº 1111111111 necessita de 30 (Trinta)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.
CID M.84.1

Hospital das Clínicas / Recife 70/04/13
Hospital Local e data

Dr. Heitor Lopes
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PE: 26616


Assinatura do médico - CRM

Dr. Heitor Lopes
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PE: 26616

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Data do Atendimento: 23/10/2017 Hora: 08:46:46 PRONTUÁRIO: 34865
No. Atendimento: 1099906 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: JAQUELINESILVA
Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MEDICO

Nome: MARCONE MORAES DA SILVA Sexo: M
Data de Nascimento: 05/04/1988 Idade: 29 Anos, 6 Meses e 18 Dias C.I.:
Pais ou responsáveis: ZORAIDE MORAES DA SILVA
Endereço: RUA DOURADINHA ALTO DO EUCALIPTO, 189 - CASA AMARELA - 52051270
Cidade: RECIFE Tel.:
Hora do Atendimento: / Hs Peso: Kg Temperatura: °

QPD / HDA: *Dr. no reque E*
Re. dente novo

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO: *fratura clavícula E*

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Re. reque
Volcan 75-11M
IMOB. EM P + T + por

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

Alto

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta à Pedido () Atestado Dias

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Y. P. S. Neto
CRM 5387

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H-UNID PRONTO ATEND NOVA DESCOBERTA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA NOVA DESCOBERTA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 23/10/2017 08:38

Nome Paciente: MARCONE MORAES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/04/1988
Sexo: Masculino
Idade: 29
Senha: PC0012
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 23/10/2017 08:43 - 23/10/2017 08:46

MARIA JOSELIA GONDIM DA SILVA - COREN: 417591 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA COM DESLOCAMENTO DE CLAVICULA E? TRAZIDO SAMU, NEGA VOMITO E DESMAIO

Observação: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: ACIDENTE DE TRANSPORTE

Discriminador(es): - LIMITAÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS/FUNÇÃO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA JOSELIA GONDIM DA SILVA - COREN: 417591 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/10/2017 08:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





RELATÓRIO DE ALTA E ORIENTAÇÕES PARA O DOMICÍLIO

PACIENTE: MARCONE MORAES DA SILVA

REGISTRO: 20380820

ALTA: 30/08/2018

ADM: 28/08/2018

ALERGIAS: NEGA

LEITO:

CIRURGIA 29/08/18

RESUMO DA ALTA

PACIENTE COM HISTÓRICO DE DOR EM REGIÃO DE OMBRO DIREITO APÓS TRAUMA (SIC). ALEGA PIORA DA DOR AOS ESFORÇOS.

AO EXAME FÍSICO: NEER POSITIVO À 150° E LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA ATÉ T8.

O PACIENTE SUPRACITADO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

EVOLUIU BEM NO PÓS-OPERATÓRIO, COM MODERADA QUEIXAS ÁLGICAS; COM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA, BEM COAPTADA E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, SEM DÉFICITS SENSITIVOS OU MOTORES NO MEMBRO OPERADO. RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS.

HD: PSEUDOARTROSE DE CLAVÍCULA À ESQUERDA.

CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDOARTROSE DE CLAVÍCULA ESQUERDA

EQUIPE: DR. MARCONDES MEIRELLES, DR. ÂNGELO E DR. LEONARDO.

ORIENTAÇÕES PÓS-ALTA

1. USAR A TIPÓIA ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA. NESSE PERÍODO A TIPÓIA DEVERÁ SER RETIRADA APENAS PARA TOMAR BANHO.
2. ANALGESIA CONFORME PRESCRIÇÃO
3. REALIZAR LIMPEZA, COM ÁGUA E SABÃO E CURATIVO DIARIAMENTE. NÃO É NECESSÁRIO O USO DE POMADAS.
4. MOVIMENTAÇÃO DA MÃO, DOS DEDOS E DO PUNHO DEVERÁ SER ESTIMULADA A TODO MOMENTO.
5. MOVIMENTOS DE FLEXÃO (DOBRAR) E EXTENSÃO (ESTICAR) O COTOVELO DEVE SER FEITO DUAS VEZES AO DIA EM SÉRIES DE 20 MOVIMENTOS.
6. DORMIR COM CABECEIRA ELEVADA EM APROXIMADAMENTE 30° PARA ALÍVIO DA DOR NOTURNA.


Dr. Heitor Lopes
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PE: 26616

AV. PROFESSOR MORAES REGO, 1235, CD UNIVERSITÁRIA - CEP 50670-901 - RECIFE/PE
FONE (81) 2126-3658 FAX (81) 2126-3945/2126-3947/2126-3658



EMITIDO POR: IZAIARA

SOLICITAÇÃO: 2330199

DATA: 16/03/2018

HORA: 10:04

DADOS DO SOLICITANTE

UNIDADE SOLICITANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DO IPOJUCA
PROFISSIONAL SOLICITANTE: MALLENA PATRICIA CAVALCANTI DA SILVA

DADOS DO CIDADÃO

NOME: MARCONE MORAES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1988

CPF:

CNS: 706003810257641

DADOS DA SOLICITAÇÃO

DATA DA SOLICITAÇÃO: 09/03/2018 10:57

CID PRIMÁRIO:

CID SECUNDÁRIO:

CID ASSOCIADO:

ITEM DE AGENDAMENTO

HC - CIRURGIA OMBRO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

PSEUDO OSSEO CLAVICULA

OBSERVAÇÕES

DRºTHIAGO



**EBSERH****AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA**
(AMBULATÓRIO DO SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA)

Nº DO REGISTRO:

303092-0

DATA:

09/05/18

Nome do Paciente:

MARCENE MARCOS DA SILVA

Idade 30

Sexo: F/M

profis.:

patol. principal:

cirurgia: fúf. esquerdo de fúf. clareada

anest. proposta:

Bloq. / geral

SIM NÃO		SIM NÃO		SIM NÃO	
Dor no peito, Angina?		Diabetes? há		Alergia a drogas?	
Infarto? ☐ <3m ☐ 3-6m ☐ >6m		Doença da tireóide? qual:		Quais?	
Pressão alta?		Nictúria / poliúria / polaciúria / hematuria		QC:	
Sopro, Febre reumática?		Modificação no apetite?		Atopia?	
Arritmia, Taquicardia?		Queimação, Azia, Hérnia de hiato, Dor?		QC:	
aos esforços: ☐ min. ☐ médias ☐ grdes ☐ delt.		Núcleas, Vômitos? cor:		Alergia a deriv. borracha?	
Inchaço nas pernas? ☐ tarde ☐ verão		Mudança no hábito intestinal?		QC:	
Falta de ar:		Alter. na cor das fezes?		PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos)	
aos esforços: ☐ min. ☐ médias ☐ grdes ☐ delt.		Perda de peso s/ dieta?		A criança é prematura?	
Asma/Bronquite? - última crise:		Hepatite, Ictérica, Malaria? Chagas?		A criança tem U de desenvolvimento?	
Tosse, Catarro (cor)?		Anemia?		A criança está gripada, c/ tosse, febre?	
Fumante: há ☐ a ☐ cigarro ☐ sim ☒		Sangramento, Onde?		A criança tem outra doença?	
Dermatos, Tonturas?		Hematomas / Manchas roxas?		ANTECEDENTES FAMILIARES DE:	
Convulsões, Abalos, Tremores?		Gripe, Febre, recente?		Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Coronariopatia ☐	
Fraqueza: muscular, Miopatia?		Está ou pode estar grávida - DUM:		Miopatia ☐ Neuropatia ☐ Câncer ☐ Onde?	
nas juntas, Artrite, Colagenose?		Tem problema de surdez, visão		Doença contagiosa? Qual?	
bioma de coluna? qual:		Recebeu transfusão sang? Em:		Problema de Anestesia? Qual?	
Toma bebida alcoólica? social ☐ SIM ☒		Acetou transfusão sanguínea em caso de emergência?			
alcoólatra - há ☐ a-parou há ☐					

Dados Importantes da Anamnese e/ou EF**Cirurgias / Anestésias Prévias / Complicações****Medicamentos (Dieta) em uso:**

* Histerectomia abdominal em 1 ano.

Bom estado geral.

MET > 4.

Exame Físico

peso: 83, alt.: 1,70 m, PA: 110/70, P: 80, h/ta/ta/des/des: - por/des/tec. -
exame físico: normal / sup. - cianótico/então - icterícia/então
ausculta: IM 0 em 10, 5/12, 5/12
DRC em 10, 5/12, 5/12
urina/prótese (inf / sup) (móvel / fixa) - dentes: 6
abertura da boca: normal / U - flexão/extensão do pescoço: normal / U
t/ta/ta/ta: 1 2 3 4 - distância externo/interno: 12,5cm - 12,5cm
anormalidades pescoço/queixo: 0
mobilidade da mandíbula: normal / U - veias: visíveis / difícil visual
bloqueio provável: - anormalidades locais:
pulsos: periféricos: normais / U - quais:
outros itens alt.:

anotar apenas exames realizados há menos de 1 ano

Exames Subsidiários - data: 23/04/18

Hb = 15,4 Ht = 44,6 TS = TC = K =
glicemia = 102 Ur = 24,3 Cr = 0,8 Na =
coagul. normal ☐ alter ☐ TT = TP = 10,5 TTPA = 29,2
RX tórax (/ /) = 45 106 1 MR: 996
ECG (/ /) =
HECO: 8700 RLT: 186.000
aval. clínicos (/ /) =
outros =

ASA: I

Se o paciente tiver Retorno(s), preencher "Conduta final" e "Problemas Graves", APENAS após a liberação do Ambulatório.
RETORNOS: NÃO ☒ SIM ☐ Vide Verso - Motivo: exames lab. ☐ encaminhado p/:

Médico:

CRM:

Conduta Final:

data: 09/05/18

- ☐ reavaliar na SO - MOTIVO(S):
☐ liberado p/ cirurgia - MPA: ☐ não - ☐ sim - qual:
☐ não liberado p/ cirurgia - MOTIVO(S):

PROBLEMAS GRAVES

1. Queixo firme em
2. traço de umu e APA
3. Queixo com geral
4. Queixo com talangano

Médico:

CRM:





Hospital das Clínicas
RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome do Paciente

Mariane Moraes de Silva

Nº do Registro:

Clinica:

Leito:

20380820

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS
FINS, QUE O PACIENTE
SUSCITADO, RELATA TRAUMA
DE ALTA ENERGIA COM FRACTURA
DE CLAVÍCULA HÍ OÍALO.
EVOLUINDO PARA DIFICULDADE
DE ELEVÇÃO DO OMBRO (E) E
ROTAÇÃO INTERNA DO
OMBRO (E), DEVIDO PSEUDARTROSE
DE CLAVÍCULA ESACENAS.

Cód 3010.0261

Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - 50.740-900, Recife-PE. Fone: (081) 3364-1111



Dr. Heitor Lopes
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PE: 26616



SINISTRO 3180516607 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCONE MORAES DA SILVA
COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SAFETY
ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO MARCONE MORAES DA SILVA
CPF/CNPJ: 09094127407

Posição em 15-01-2019 15:16:06

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

Data do Pagamento				Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/12/2018		R\$ 2.531,25		R\$ 0,00		R\$ 2.531,25

