



Número: **0052514-29.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/09/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado                     |
|---|---|
| <b>LUIZ FERNANDO CRUZ (AUTOR)</b>                           | <b>ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)</b>    |
| <b>COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)</b>                 | <b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b> |
| <b>PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO<br/>(PERITO)</b> |   |

**Documentos**

| Id.          | Data da Assinatura | Documento   | Tipo           |
|--------------|--------------------|---|----------------|
| 55005<br>824 | 04/12/2019 16:20   | <a href="#"><u>2650106_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_J<br/>UR_01</u></a> | Petição em PDF |



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 18<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE**

**Processo:** 00525142920198172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove LUIZ FERNANDO CRUZ, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 16:20:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120416202275900000054118459>  
Número do documento: 19120416202275900000054118459

Num. 55005824 - Pág. 1

Dante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,  
RECIFE, 3 de dezembro de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 16:20:22  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120416202275900000054118459>  
Número do documento: 19120416202275900000054118459

Num. 55005824 - Pág. 2



Número: **0052514-29.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 18ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/09/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

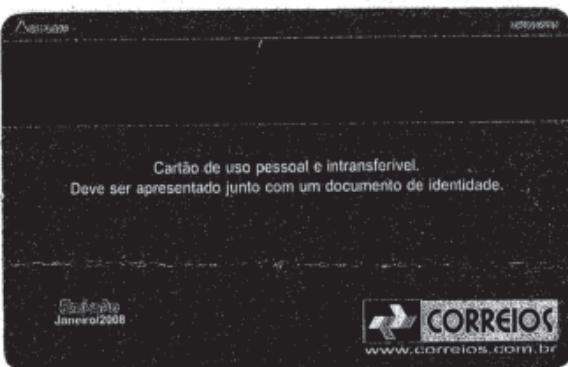
| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado              |
|---|--|
| LUIZ FERNANDO CRUZ (AUTOR)                          | ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO (ADVOGADO)    |
| COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)                | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO<br>(PERITO) |  |

**Documentos**

| Id.          | Data da Assinatura | Documento                      | Tipo               |
|--------------|--------------------|--------------------------------|--------------------|
| 55005<br>825 | 04/12/2019 16:20   | <a href="#"><u>ANEXO 2</u></a> | Outros (Documento) |

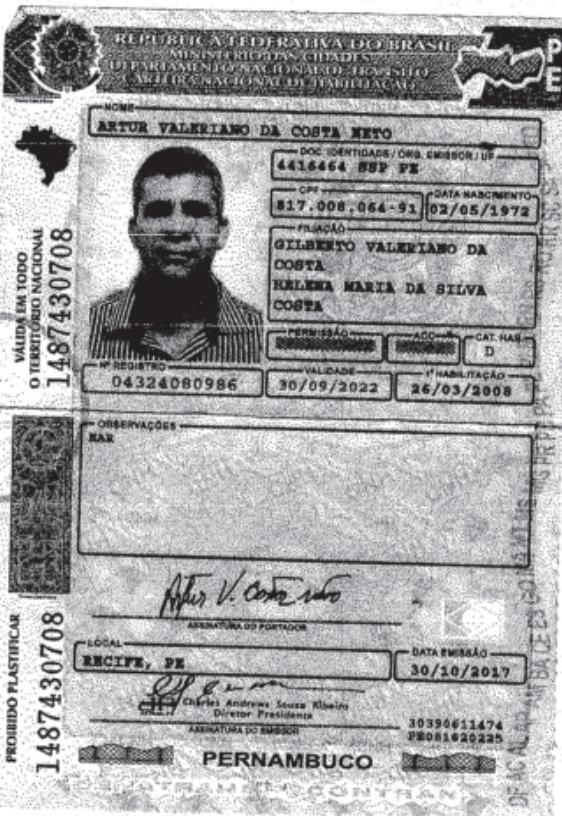


|  |                                |
|--|--------------------------------|
| REGISTRO GERAL   | DATA DE EXPEDIÇÃO              |
| 8.520.349  | 16/04/2008                     |
| NOME: << LUIZ FERNANDO CRUZ >>                                     |                                |
| FILIAÇÃO: << >>  |                                |
| << MARIA LUZINETE CRUZ DO NASCIMENTO >>                            |                                |
| NATURALIDADE: CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE                         | DATA DE NASCIMENTO: 19/07/1990 |
| LOC. ORIGEM: << CN.69046 L.A60 F.33 CART. DO CABO-PE 28.02.2000 >> |                                |
| CPF: F-29 36.531 - 3022  |                                |
| ASSINATURA DO DIRETOR:<br>LEI Nº 7.118 DE 20/08/1983               |                                |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 16:20:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120416202289600000054118460>  
Número do documento: 19120416202289600000054118460

Num. 55005825 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 16:20:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120416202289600000054118460>  
Número do documento: 19120416202289600000054118460

Num. 55005825 - Pág. 2

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 03/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

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

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 03/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

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

### DANOS

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



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### 1 OUTORGANTE

Luiz Fernando Cruz

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

16/04/08 inscrito no CPF sob o n 092.902.234-30, residente na  
Rua Mario José dos Santos n 14,  
complemento casa, Barrio Santo Amaro, cidade Recife, Estado PE

### 2 OUTORGADO

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

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

10 / 05 /2013 inscrito no CPF sob o n 81700806491, residente na  
RUA APULEU VIEIRA n 113 complemento CASA, Barrio VARZIA  
cidade RECIFE, Estado PE.

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

22 de Janeiro de 2019

OUTORGANTE

Luiz Fernando Cruz



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 FEB 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa  
Graciosa - Recife

**SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO**

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

Reconheço a firma por autenticidade de:  
LUIZ FERNANDO CRUZ, nascido em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Em testemunha da verdade.  
Elias Mathias dos Santos  
Tabelião  
Sexo Digital N. 807.594.IMG11201901.03570  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)

22/01/2019 09:27:54

|        |          |
|--------|----------|
| Custas | R\$ 3,99 |
| TSNR   | R\$ 0,00 |
| Total  | R\$ 4,99 |

AV. DR. JOSÉ HENRIQUE, 396 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 50.900-000 - TEL: (81) 3538-1555 / 3712



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072029/19

**Vítima:** LUIZ FERNANDO CRUZ

**CPF:** 092.902.234-30

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** LUIZ FERNANDO CRUZ

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

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

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

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

#### LUIZ FERNANDO CRUZ : 092.902.234-30

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072029/19

Número do Sinistro: 3190175554

Vítima: LUIZ FERNANDO CRUZ

Data do acidente: 23/12/2018

CPF: 092.902.234-30

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ FERNANDO CRUZ

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

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**LUIZ FERNANDO CRUZ : 092.902.234-30**

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Marta Marinho dos Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 16:20:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120416202289600000054118460>  
Número do documento: 19120416202289600000054118460

Num. 55005825 - Pág. 7



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190175554 Vítima: LUIZ FERNANDO CRUZ

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

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

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

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

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados 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 n° 14009018



Pag 00831/00832 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 16:20:23  
<https://pjje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120416202289600000054118460>  
Número do documento: 19120416202289600000054118460

Núm. 55005825 - Pág. 8



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190175554

Vítima: LUIZ FERNANDO CRUZ

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), LUIZ FERNANDO CRUZ

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

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

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

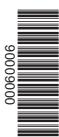
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00011/00012 - carta\_03 - INVALIDEZ



00060006

Carta nº 14010295



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 16:20:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120416202289600000054118460>  
Número do documento: 19120416202289600000054118460

Num. 55005825 - Pág. 9

28/12/2018 10:27

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

507815

0072029/19



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0132002183

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

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

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



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

LUIZ FERNANDO CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
LUZINETE CRUZ DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 19/7/1988 Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: AVENIDA ZENOBIO LINS, 61, 10 TRAVESSA - CEP: 0 - Bairro:  
RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

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

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

Placa: NXU7351 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



28/12/2018 10:42

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

### Complemento / Observação

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

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

+ Luiiz Fernando Cruz  
LUIZ FERNANDO CRUZ (VITIMA)

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



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: LUIZ FERNANDO CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02125

CONTA: 000000026738-1

---

Nr. da Autenticação 0CECE01874B36B7F



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 16:20:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120416202289600000054118460>  
Número do documento: 19120416202289600000054118460

Num. 55005825 - Pág. 12

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

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

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

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

Por ser verdade, firmo-me.

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

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





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002  
CNPJ 10.635.930/0001-00 | Inscrição Estadual: 0035943-93 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE  
ELLEN EMILIA ANDRADE FAYE DAS CHAGASENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA APULEU VIEIRA 113

CPF: 010.048.804-80

VARZEA/RECIFE  
RECIFE PE  
50610-370CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE         | EMISSÃO          |
|-------------------|---------------|------------------|
| 044774818         | ÚNICA         | 28/12/2019       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 28/12/2018        | 2002023058    | 3260305          |

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

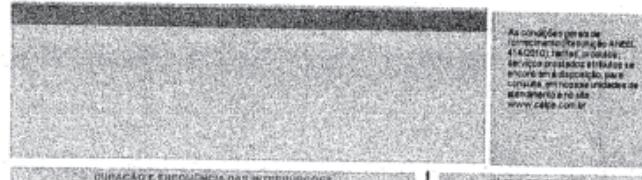
| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL                  | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---|------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh)                        | 201.000000 | 0,73875354  | 152,81      |
| Acréscimo Bandeira AMARELA                |            | 0,35        | 0,35        |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal          |            | 22,73       | 22,73       |
| ICMS Subvenção-CIDE-NF US/159000-28/10/18 |            | 1,26        | 1,26        |

TOTAL DA FATURA

217,15

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DEDA NOTA FISCAL |                |               |          |            |          |            |           |
|---|----------------|---------------|----------|------------|----------|------------|-----------|
| Nº DO MEDIDOR                             | TIPO DA FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | LEITURA  | DATA ATUAL | LEITURA  | Nº DE DIAS | CONSTANTE |
| 31708710                                  | CAT            | 27-11-2018    | 3.387,00 | 30-12-2018 | 3.622,00 | 31         | 1.000000  |

| HISTÓRICO DE CONSUMO |     | INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS |        | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |            |
|----------------------|-----|-------------------------|--------|-----------------------|------------|
| Mês/ano              | Wb  | BÁSE DE CÁLCULO         | %      | VALOR DO IMPOSTO      |            |
| DEZ18                | 281 | ICMS                    | 193,16 | 48,28                 | R\$ 02,89  |
| NOV18                | 207 | PIS                     | 193,16 | 0,70                  | R\$ 0,03   |
| OUT18                | 211 | COFINS                  | 193,16 | 1,62                  | R\$ 0,31   |
| SET18                | 188 |                         | 193,16 | 5,37                  | R\$ 12,28  |
| AGO18                | 197 |                         |        |                       | R\$ 10,87  |
| JUL18                | 201 |                         |        |                       | R\$ 56,78  |
| JUN18                | 211 |                         |        |                       | R\$ 162,15 |
| MAI18                | 174 |                         |        |                       | 100%       |
| ABR18                | 177 |                         |        |                       |            |
| MAR18                | 160 |                         |        |                       |            |
| FEV18                | 185 |                         |        |                       |            |
| JAN18                | 182 |                         |        |                       |            |
| dez17                | 193 |                         |        |                       |            |



| DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES |              |              |                   | ÍNDICE DE TENSÃO |                   |                        |
|--------------------------------------|--------------|--------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------------|
| CONSULTA                             | VALOR ANNUAL | LÍMITE MÉDIA | LÍMITE TRIMESTRAL | LÍMITE ANUAL     | TENSÃO NORMAL (V) | ÍNDICE DE VARIAÇÃO (%) |
| DIS                                  | out/2018     | 5,07         | 10,15             | 20,30            | 220               |                        |
| FIC                                  | 0,93         |              |                   |                  | 202               |                        |
| DMG                                  | 1,00         | 3,33         | 8,47              | 12,85            | 231               |                        |
|                                      |              | 0,53         | 2,06              | 0,00             |                   |                        |

Límite DIS: 12,22 EU/SD = Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 71,86

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

838400000002-2 17150011000-5 66429802310-0 13726816113-0

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 16:20:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120416202289600000054118460>  
Número do documento: 19120416202289600000054118460

Num. 55005825 - Pág. 14

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1382545647

**NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



Grupo Neoenergia

[www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810156

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

Ouvidoria 0800 282 5559

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados

do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-

Ligações Gratuitas de Telefones Fixos:

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligações Gratuitas de telefones fixos e tarifadas

na origem para telefones celulares

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

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

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

**CONTA CONTRATO**  
**7017960690**

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

**DATA DA APRESENTAÇÃO**  
13/02/2019

**CLASSIFICAÇÃO**  
RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

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

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

**CONSUMO**  
78

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

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**

**VIA PARA PAGAMENTO**

Destaque aqui

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

838000000009 600100110078 017960690101 137794983532



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAR 2019

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 16:20:23  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120416202289600000054118460>  
Número do documento: 19120416202289600000054118460

Num. 55005825 - Pág. 15



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

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

## **INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Arthur Valeriano de Castro inscrito (a) no CPF/CNPJ 817.008.064 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luiz Fernando Cruz inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.902.234-30, do sinistro de DPVAT cobertura IM Tátiliz da Vítima Luiz Fernando Cruz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.902.234-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos de SINISTRO: \_\_\_\_\_

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto ao Poder Judiciário, anexo(a) a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

|          |                   |                         |           |                        |                |
|----------|-------------------|-------------------------|-----------|------------------------|----------------|
| Endereço | Rua Apuíee Vieira | Número                  | 113       | Complemento            | lare           |
| Bairro   | Vorzez            | Cidade                  | Recife    | Estado                 | PE             |
| Email    |                   | Telefone comercial(DDD) | 30810 370 | Telefone celular (DDD) | (81) 9821-8668 |

Receipe, 25 de Fevereiro, de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 16:20:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912041620228960000054118460>  
Número de documentos: 1012041620228960000054118460

Núm. 55005825 - Pág. 16

## Declaração do proprietário do veículo

EII. Rosinete Felix de Lima

RG nº 4.100.248

Data de expedição 01/10/2014

Órgão SDS-PE portador do CPF nº 715.968.954-20

Com o domicílio na cidade de Ribeirão

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

Epifanio dos Santos nº 127 Bairro: Bondeirante

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

vítima, Luiz Fernando Cruz

Cujos condutor era Luiz Fernando Cruz

Veículo:

Motocicleta Honda CG 125 FANTAS

modelo:

Ano:

2010

Placa: NXU 7351

Chassi:

9E2TE4110AR670626

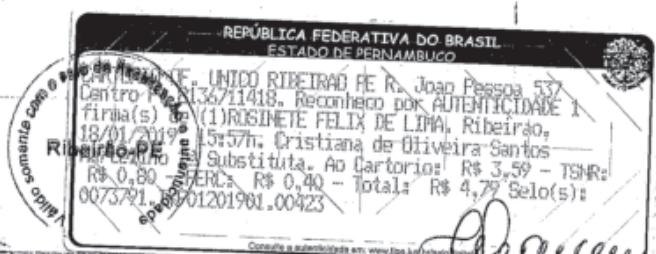
Data do Acidente:

23/12/2018



Local e Data:

Ribeirão 18/03/2019.



Assinatura do Declarante do Veículo (Reconhecer firma por autenticidade)

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

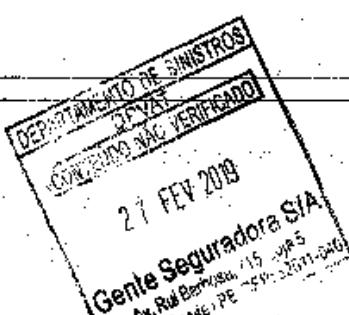


PREFEITURA  
CIDADANIASECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA  
FICHA DE ATENDIMENTOIpojuca  
PE  
06/02/2019

|  |  |  |   |   |      |
|--|--|--|---|---|------|
| Nº REGISTRO:<br><b>53.299</b>  | DATA E HORA<br>DO NASCIMENTO:<br><b>19-07-90</b>                               |  | EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL  |   |      |
| PACIENTE:<br><b>Luis Fernando Cruz</b>   | NASCIMENTO:<br><b>19-07-90</b>   |  | IDADE:  | SEXO:   | COF: |
| ESTADO CIVIL:<br><b>Solteiro</b>   | PROFISSAO:<br><b>Estudante</b>   | NATURALIDADE:<br><b>Ipojuca</b>            | NACIONALIDADE:<br><b>Brasileiro</b>   |   |      |
| Nº DE IDENTIDADE:<br><b>33.12.18</b>   | RELAÇÃO:<br><b>PAI</b>   | PAI:<br><b>José Luiz Henrique Pinto</b>    | COMPLEMENTO:  |   |      |
| ENDEREÇO:<br><b>Rua da Palmeira</b>  | MÃE:<br><b>Edna</b>  | CIDADE:<br><b>Ipojuca</b>                  | UF:<br><b>PE</b>  | TELEFONE:<br><b>(85) 9.9459-2647</b>  |      |
| BAIRRO:<br><b>Ipojuca</b>  |  |  |   |   |      |
| DIRETAKA:<br><b>None</b>   |  |  |   |   |      |
| PROCEDÊNCIA:   |  |  | MEIO DE TRANSPORTE:   |   |      |
| CONSULTA DE ENFERMAGEM   |  |  |   |   |      |
| DATA:<br><b>33.12.18</b>   | HORA:<br><b>14:15</b>  | ENFERMEIRO:<br><b>Enfermeiro</b>           |   | COREN:<br><b>None</b>   |      |
| SITUAÇÃO/QUEIXA:   |  |  |   |   |      |
| ANTECEDENTES: <input checked="" type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> TABAGISMO<br><input type="checkbox"/> ALCOOLISMO/DROGAS <input type="checkbox"/> PNEUMOPATIAS <input type="checkbox"/> HEPATOPATIAS <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL <input type="checkbox"/> OUTROS: |  |  |   |   |      |
| MEDICAÇÃO EM USO:  |  |  |   |   |      |
| PA: <b>X</b><br>ECG: ABERTURA OCULAR<br>SCORE  | RHS: <b>mmHg</b><br>RESPÔSTA VERBAL<br>SCORE                                   | FC: <b>bpm</b><br>RESPÔSTA MÔTORA<br>SCORE | FR: <b>lpm</b><br>DEFICIÊNCIA MÔTORA<br>MSD <input checked="" type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/><br>MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> | T: <b>°C</b><br>PUPILAS<br>ISOCÓRICAS<br>ANISOCÓRICA                          |      |
| SOR: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO  | SUDORESE: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |  |   | PALIDEZ: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |      |
| EXAME FÍSICO:  |  |  |   |   |      |

**Descrição do motivo da consulta:**  
Fazia no m. Ame.

**DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:**  
Rx: friso b1 m. Ipojuca



| ATENDIMENTO MÉDICO                   |  |  |  |  |   |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|
| Motivo do Trauma                     | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |  | Foi submetido a cirurgia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |  | Acidente de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não  |  |  |
| Força da Consciência                 | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |  | Nível:   |  | Motorista: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não             |  |  |
| Local de Trabalho                    | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |  | Tipo:  |  | Passageiro:   |  |  |
| Relação:                             | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |  | Lugar do acidente:   |  | Sofreu quedas: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim (Altas) |  |  |
| Hospitalamento:                      | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |  | Por:   |  | Transporte realizado por:   |  |  |
| Nome do Fornecimento                 | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |  |  |  |   |  |  |
| Autorização:                         | <input type="checkbox"/> Em <input checked="" type="checkbox"/> Não  |  |  |  |   |  |  |
| Condicões de Imobilização Adequadas: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não |  |  |  |   |  |  |
| PARA OS FÍSICOS                      |  |  |  |  |   |  |  |

### EXAMES SOLICITADOS LABORATORIAIS:

### DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO REPECAZADOS:  TOMOGRAFIA  RESONÂNCIA MAGNETICA  ANGIOGRAFIA  
 DENDROGRAFIA  RX  ULTRASSONOGRAFIA  
 RESONÂNCIA MÉDICA DATA: 10/04/2019

O - Típica MS.  
 D - DD - H2A TPI - Unívoco

|                   |  |                        |  |
|-------------------|--|------------------------|--|
| EDUCAÇÃO CÍVICA:  | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não   | CLASSIFICAÇÃO RESERVA: | <input type="checkbox"/> CIVICO                                      |
| ATIVIDADES CASO:  |  | CONDICAO DE ALTA:      | <input type="checkbox"/> OCUPADO <input type="checkbox"/> DESOCUPADO |
| ALIMENTAÇÃO:      | <input type="checkbox"/> CARNIVO <input checked="" type="checkbox"/> VEGETAL <input type="checkbox"/> DE ALTA MÉDICO [ ] | FINALIZADO:            | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
| ABANDONO PARENTE: |  | OBITO:                 | <input type="checkbox"/>   |

|                                |  |                    |   |
|--------------------------------|--|--------------------|---|
| INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:         | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | ASSISTENTE SOCIAL: | <input type="checkbox"/>                    |
| CONTRATOS DO NECESSITY SOCIAL: |  | ASSISTENTE SOCIAL: | <input type="checkbox"/>                    |
| INFORMAÇÃO DO NOME:            |  | DATA:              | 09/04/2019                                  |
| INFORMAÇÃO DO ENDERECO:        |  | Assinatura:        | <i>Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior</i> |

|              |  |             |   |                    |                          |
|--------------|--|-------------|---|--------------------|--------------------------|
| DIVISÓRIAS:  | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | SANGUEIRIA: | <input type="checkbox"/> EXAME EXTERNO: | ASSISTENTE SOCIAL: | <input type="checkbox"/> |
| RECUPERAÇÃO: |  |             |   | ASSISTENTE SOCIAL: | <input type="checkbox"/> |

|                               |  |             |   |
|-------------------------------|--|-------------|---|
| RECUPERAÇÃO PARA ALTA MÉDICO: | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | DATA:       | 09/04/2019                                  |
| INFORMAÇÕES:                  | <input type="checkbox"/> CÓPIA <input type="checkbox"/> MÉDICO       | Assinatura: | <i>Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior</i> |
| TIPO DE PERSONALISMO:         | <input type="checkbox"/> PRAIA <input type="checkbox"/> MONTANHA     |             |   |

|                    |  |             |   |
|--------------------|--|-------------|---|
| CONFIDENCIALIDADE: | <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM | DATA:       | 09/04/2019                                  |
| CONCEPÇÃO:         | <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM | Assinatura: | <i>Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior</i> |
| CONCEPÇÃO:         | <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM |             |   |

|            |  |             |   |
|------------|--|-------------|---|
| CONCEPÇÃO: | <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM | DATA:       | 09/04/2019                                  |
| CONCEPÇÃO: | <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM | Assinatura: | <i>Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior</i> |
| CONCEPÇÃO: | <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM |             |   |

|            |  |             |   |
|------------|--|-------------|---|
| CONCEPÇÃO: | <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM | DATA:       | 09/04/2019                                  |
| CONCEPÇÃO: | <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM | Assinatura: | <i>Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior</i> |
| CONCEPÇÃO: | <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM |             |   |

|            |  |             |   |
|------------|--|-------------|---|
| CONCEPÇÃO: | <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM | DATA:       | 09/04/2019                                  |
| CONCEPÇÃO: | <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM | Assinatura: | <i>Antônio Yves Cordeiro de Melo Júnior</i> |
| CONCEPÇÃO: | <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM |             |   |



# HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 474664

Senha da Classificação:

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

00-35

Paciente: 37848 LUIZ FERNANDO CRUZ

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 19/07/1990 Idade: 28 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG

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

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

CRM: 14861

Endereço: DOUTOR MANOEL CLEMENTI -

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CABO  
PE

Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 8188858631

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

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

hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Intrusão de acidente com anofeira há 3 horas, referindo dores no ombro (E).

Exame Físico

Deformida lateral na clavícula (E)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEPAT  
CONTROLE NÃO VERIFICADO

21 FEV 2019

Hipótese Diagnóstico

Fract. lateral da clavícula (E)

Gente Seguradora S/A  
Av. Rio Branco, 715 Loja 5  
Recife PE CEP: 51010-000

Conduta Terapêutica

Internamento

Prescrição Médica

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

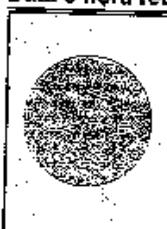
Assinatura do Médico

# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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



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

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

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

Prioridade:

Cor:

AMARELO

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

Observação:

SENHA 5583115

Tuxograma sintoma:

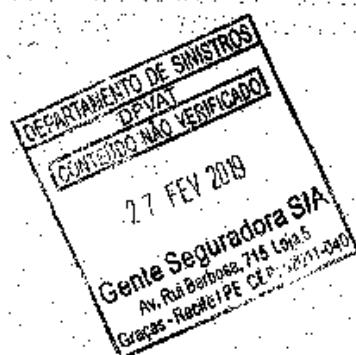
TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



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

Data impressão: 23/12/2018 16:27

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



### IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

#### 1. Identificação:

|                                  |                       |                        |
|----------------------------------|-----------------------|------------------------|
| Nome: <u>Willy Fernando Gury</u> | Data: <u>24/12/18</u> | Registro: <u>37846</u> |
| Convênio: <u>WS</u>              | Leito: <u>2011.03</u> | Hora: <u>15:00</u>     |

#### 2. Equipe médica:

|                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| Cirurgião: <u>Dj Julio</u>     | 1º auxiliar: _____           |
| Anestesista: <u>Dj Domi de</u> | Instrumentador: <u>Maria</u> |
| Circular: <u>Wilma</u>         |                              |

| INSTRUMENTAL     | VALIDADE                        | INDICADOR   |
|------------------|---------------------------------|---|
| Imp              | DT: 24/12/18 01<br>1 L STEAM 24 | DISPOSITIVO C/CHAVE<br>HDH<br>UNIDESTER LOTE: 83.000.634<br>EST: 21/12/2018<br>VAL: 21/12/2019<br>49949880<br>RESP TECNICO<br>RICARDO LETTIE<br>COREN: 342.739                  |
| Eurotelle        | 24/12/18 03<br>1 L STEAM 24     | CLASS 4 CHEMICAL INDICATOR<br>Medsté<br>EPAQ-1110-12014<br>STEAM Black Processed<br>2551 US Patent 6148383 ISO11140 Class 4<br>Access the indicator is steam active or inactive |
| Aneta de bisturi | 24/12/18 01<br>1 L STEAM 24     |   |
| Ponto de fuso    | 24/12/18 01<br>1 L STEAM 24     |   |
| Rio de 2.0 F     | 24/12/18 01<br>1 L STEAM 24     |   |
| Atadura com      | 24/12/18 01<br>1 L STEAM 24     |   |
| Relevo de fuso   | 24/12/18 02<br>1 L STEAM 24     |   |
| Buraco numss     | 24/12/18 02<br>1 L STEAM 24     |   |
|                  | 24/12/18 02<br>1 L STEAM 24     |   |
|                  | 24/12/18 02<br>1 L STEAM 24     |   |
|                  | 24/12/18 02<br>1 L STEAM 24     |   |



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA  
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001  
Data: 24/12/2018  
Hora: 16:37

Aviso de Cirurgia: 39255  
Paciente: 37846  
Convênio Atend.: 1  
Leito: 639  
Dt. Início: 24/12/2018 15:46  
Dt. Fim: 24/12/2018 16:46

Sala: 0003 SALA 03

Atendimento: 474672  
Carteira:  
Idade: 28 Anos

Cid Pré-Operatório:  
Cid Pós-Operatório:

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

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

**Descrição Cirúrgica:**

**DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA**

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

HMH - Hospital Metropolitano Dom  
Evangelista P. Dias da Souza  
CRM: 13722

18 DEZ. 2018

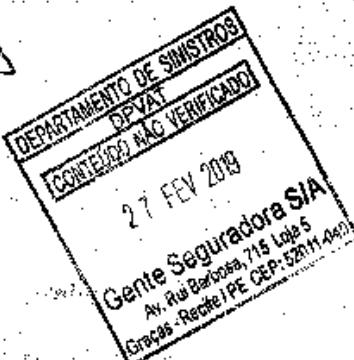
**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

Pk. Julio Tadeu Arraes  
Ortopedia / Reumatologia  
CRM: 13722 - 04080100000

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

Local: Semob RJ MSE  
Data: 24/12/18 21:30h  
Assinatura: [Assinatura]



HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

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

**Clinica:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Loteria:** \_\_\_\_\_





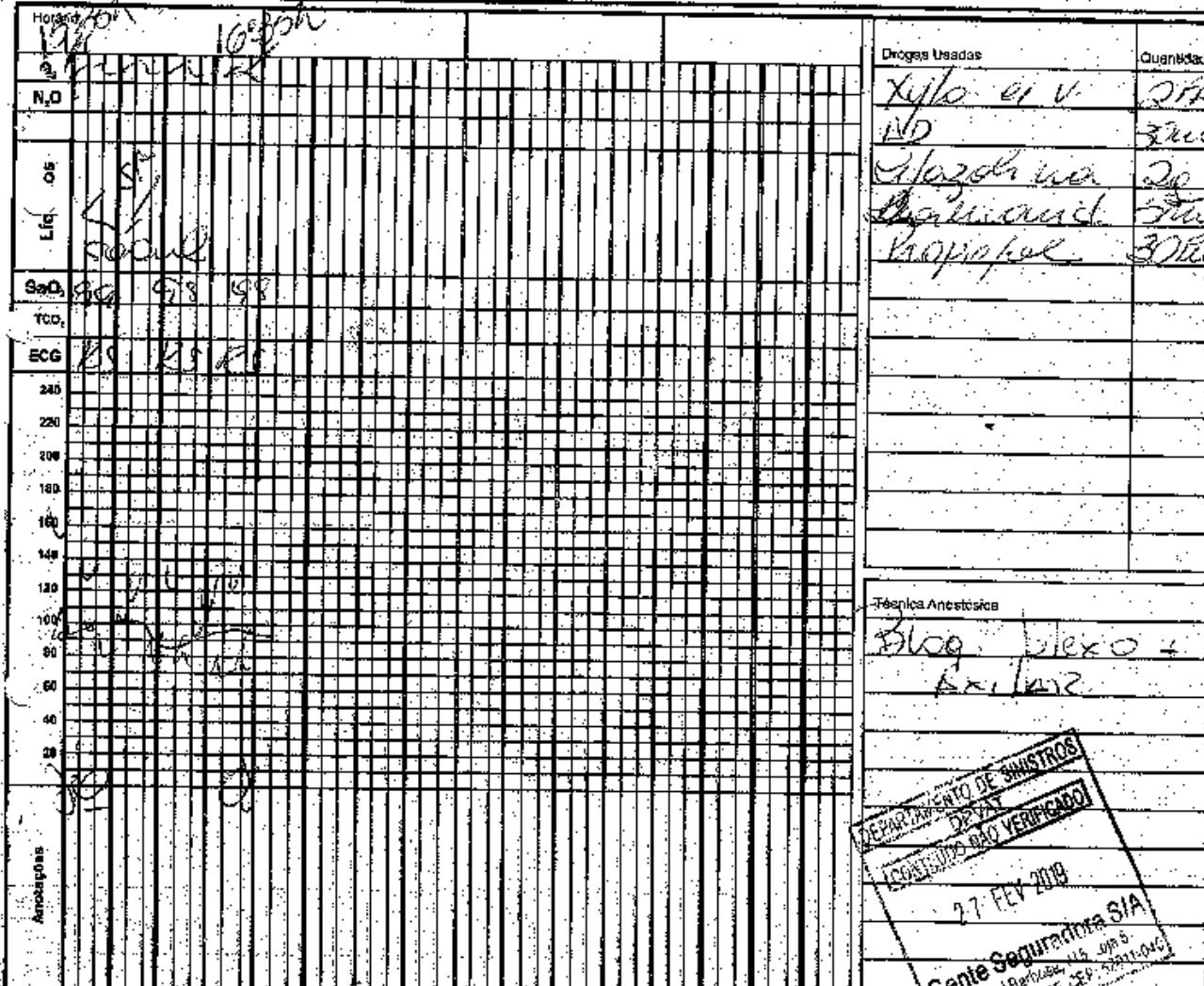
# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

24/12/18 ENF

|                          |                              |                  |   |       |    |       |   |
|--------------------------|------------------------------|------------------|---|-------|----|-------|---|
| Paciente                 | luis reisvaldo prado 37.1846 | Sexo             | M | Idade | 28 | Risco | D |
| CRM                      | Nome do Anestesista          | Nome da Cirurgia |   |       |    |       |   |
| Medicação Pré-anestésica |                              |                  |   |       |    |       |   |
| Cirurgia                 | TTO BIR FRAT De CLAVICULA    |                  |   |       |    |       |   |



Monitorização:

|  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Cardioscópio | <input type="checkbox"/> BIS                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro     | <input type="checkbox"/> Temperatura          |
| <input checked="" type="checkbox"/> PNI          | <input type="checkbox"/> Synt-Ganz            |
| <input type="checkbox"/> Sonda vesical           | <input type="checkbox"/> Analisador Gases     |
| <input type="checkbox"/> Capnôgrafo              | <input type="checkbox"/> PVC                  |
| <input type="checkbox"/> Estet. Pre-Cordial      | <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo |
| <input type="checkbox"/> Outros                  | <input type="checkbox"/> Linha Arterial       |
|  | <input type="checkbox"/> Volemia BP Plus      |

Encaminhado:

|                                     |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abordado   |
| <input type="checkbox"/> Sonolento  |
| <input type="checkbox"/> Intubado   |
| <input type="checkbox"/> Destino:   |
| <input type="checkbox"/> SRPA       |
| <input type="checkbox"/> Apart/Ent. |
| <input type="checkbox"/> UTI        |
| <input type="checkbox"/> Extomo     |

Intercorrência:  NÃO  SIM

Descriver:

Observações:

dr. Daniel Melo  
anestesologista  
CRM 1673

Assinatura do Anestesista





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

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Antônio Corrêa Data: 04/12 Hora: 15:00 Registro: 37846  
 Convênio: SUS Setor: \_\_\_\_\_ Peça: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: D. Júlio Anestesista: Dra. Thaís Costa  
 Auxiliar: \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador: Priscila

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: no an. tránsito da ilíaca direita Início: 16:00 Término: 16:20  
 Anestesia: bloqueo Início: 15:35 Término: 16:00

**4 - PRE-OPERATÓRIO:**

|                       |  |  |   |
|-----------------------|--|--|---|
| Estado Geral:         | ( <input type="checkbox"/> ) Bom                   | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Regular    | ( <input type="checkbox"/> ) Grav             |
| Nível de Consciência: | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Orientado  | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Consciente | ( <input type="checkbox"/> ) Sonolento        |
| Respiratória:         | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea | ( <input type="checkbox"/> ) Entubado              | ( <input type="checkbox"/> ) Tracheostomizado |
| Tricromia:            | ( <input type="checkbox"/> ) Sim                   | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não        |   |

Checkou no CC em uso de:

audívar

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

|  |  |
|--|--|
| Posição: Fowler ( <input type="checkbox"/> ) Lateral ( <input type="checkbox"/> ) Dorso ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ventral ( <input type="checkbox"/> ) Ginecológica ( <input type="checkbox"/> ) | Banco de Sangue ( <input type="checkbox"/> ) Laboratório ( <input type="checkbox"/> ) Radiologia ( <input type="checkbox"/> ) Peça Cirúrgica: Sim ( <input type="checkbox"/> ) |
|--|--|

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

|  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| Oxímetro de Pulso ( <input checked="" type="checkbox"/> )  | Monitor Cardíaco ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | PNI ( <input type="checkbox"/> )              | Bomba CBC ( <input type="checkbox"/> )   | Aspirador ( <input type="checkbox"/> )  |
| Coilômetro Térmico ( <input type="checkbox"/> )            | Bisturi Ultrassônico ( <input type="checkbox"/> )        | Arrosoário ( <input type="checkbox"/> )       | Microscópio ( <input type="checkbox"/> ) | Capnômetro ( <input type="checkbox"/> ) |
| Bisturi Elétrico ( <input checked="" type="checkbox"/> )   | Local da Placa: <u>Dorsa</u>                             |   |  |   |
| Carro de Anestesia ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | Dípofusor ( <input type="checkbox"/> )                   | Intrafletocôndor ( <input type="checkbox"/> ) |  |   |
| Ap. Vídeo ( <input type="checkbox"/> )                     | Sombra de Infusão ( <input type="checkbox"/> )           |   |  |   |
| Oxigênio ( <input checked="" type="checkbox"/> )           | Início: <u>15:35</u> Término: <u>16:20</u>               |   |  |   |
| Protóxido ( <input type="checkbox"/> )                     | Início: _____ Término: _____                             |   |  |   |
| Gás Carbônico ( <input type="checkbox"/> )                 | Início: _____ Término: _____                             |   |  |   |
| Outros: _____  |  |   |  |   |

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DA VAT**  
**(CORTEJO NÃO VERIFICADO)**

27 FEB 2019

**Genie Seguradora SA**  
**Nº 1 Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 10.000  
 Centro, Rio de Janeiro - RJ - CEP 20011-000**

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

|  |   |
|--|---|
| Cárrula Orotráqueal: Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )      | Punção Venosa: Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> )  |
| Sonda Urinária de Demora: Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | Sonda Gástrica: Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input type="checkbox"/> ) |
| Drenagem (Tipo e Local): Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )  |   |
| Curativo (Tipo e Local): Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> )  |   |

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| ANESTESIA: _____ | CIRURGIA: _____ |
|------------------|-----------------|

Mycel Analgésico com  
 glicopressor 0,5% pt.

Mycel anestésico ao montante  
 do pt.

**6 - OBSERVAÇÕES:**

pt. suspe. pt. sepsis s/1 les contusas

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

|   |  |   |
|---|--|---|
| Paciente: _____   | Acordado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Marcos ( <input type="checkbox"/> ) Entubado ( <input type="checkbox"/> ) Traqueostomizado ( <input type="checkbox"/> ) | UTI ( <input type="checkbox"/> ) Apº ( <input type="checkbox"/> ) Residência ( <input type="checkbox"/> ) |
| Encaminhado para: SRPA ( <input checked="" type="checkbox"/> ) B. Intensiva ( <input type="checkbox"/> ) LIGOR ( <input type="checkbox"/> ) |  |   |

|   |
|---|
| Data: <u>04/12</u> Hora: <u>16:20</u> Enfermeira: <u>Rufelha</u> Circulante: <u>Padre</u> |
|---|

CÓD. 38607





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



1. Identificação

Leito da SRPA:

Nome: Tony Fernando data: 24/12/18 Hora: 16:55 Registro: 37866  
Leito de origem:

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: tre. Fratura de clavícula

Tipo de anestesia: Bloqueio

Equipe: DR: Julio Alves

Anestesista: DR: Daniela

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave

Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado

Sonda: () SVD () SNG () SNE

Acesso Vênoso Periférico: () Não () Sim Onde: Mso.

Acesso Vênoso Central: () Não () Sim Onde: \_\_\_\_\_

Drenos: () não () sim Onde: \_\_\_\_\_

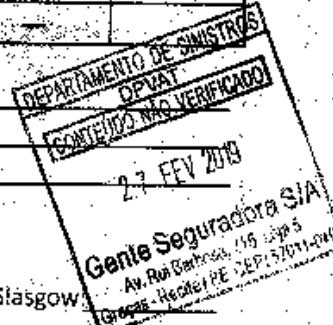
Sinais vitais: PA: 140x78 mmHg FR: — p/min FC: 65 p/min SaPO2: 98%

Glasgow: \_\_\_\_\_

4. Monitorização

| SSVV/<br>Horário | 15'           | 30'           | 60'           | 1:30 h        | 2:00 h        | 3:00 h |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------|
| PA               | <u>17.10</u>  | <u>17.25</u>  | <u>17.56</u>  | <u>18.25</u>  | <u>18.55</u>  |        |
| FR               | <u>120X67</u> | <u>111X58</u> | <u>123X70</u> | <u>118X73</u> | <u>134X95</u> |        |
| FC               | <u>65</u>     | <u>67</u>     | <u>59</u>     | <u>70</u>     | <u>74</u>     |        |
| SaPO2            | <u>97%</u>    | <u>96%</u>    | <u>95%</u>    | <u>97%</u>    | <u>99%</u>    |        |
| Glasgow          | —             | —             | —             | —             | —             |        |

5. Intercorrências/observações:



6. Alta da SRPA

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

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

Data: 24/12/19 Horário: 19h Responsável pelo encaminhamento: Dr. Graca Couto  
Anestesiologista  
CRM: 3663

Alta da SRPA pelo médico:

CÓD. 38398



## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

62  
49  
82  
82  
Dom Helder Camara

Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
IMP Hospitalar  
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### CHECKLIST-DE CIRURGIA SEGURA

#### FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 37846

Nome: LUIZ FERNANDO CRUZ

Mãe: MARIA LUZINETE CRUZ DO NASCIMENTO

End.: DOUTOR MANOEL CLÉMENTINO

Enferm.: LEITO 6

Atendimento: 474672

Leito: 639

Dt.Cad: 28/08/2012

Dt. Nasc: 19/07/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: CABO

CNS:

#### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
  - Consentimento Informado realizado
- Sílio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- Checagem do equipamento anestésico
- Oxímetro de pulso instalado e funcionando.

O paciente tem alguma alergia?

- Não
- Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- Não
- Sim e há equipamento disponível

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

- Não
- Sim e há equipamento disponível

#### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não se aplica

Exames de Imagem estão disponíveis?

- Sim **R X**
- Não se aplica

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

**Ho. enur. Frat. Cláudia E**

**Rafaela Henrique**  
Enfermeira  
Nº 127



SECRETARIA DE ESTADO

DO HOMEM

REPRESENTANTE

NO HOMEN

Trovador Logia (5183114)

W13 trovador 003

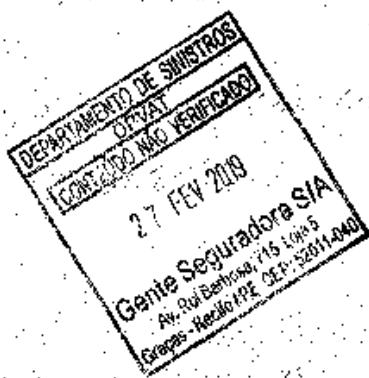
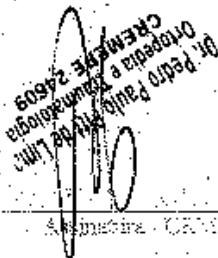
23 out

Acidente de moto no 014.

Trovado em outro Ⓛ.

xx: Protivo cloruro Ⓛ  
Tudo dentro

- 23.12.18





## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: Luis Fernando Cruz Registro: 37816 Nº Atendimento: 474664

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

- Queixa Principal e Duração: Dor noombro  La Union

• História da Doença Atual: vítima de acidente com moto há 4 horas referindo dores no ombro (E) e limitação funcional

**Intérrogatório Sintomatológico**

**Exame Físico:**

dor + edema + contusão no  
ombro

**Antecedentes Pessoais:****Medicações em Uso:****Antecedentes Familiares:****Hipótese Diagnóstica Principal:**

Fratura do 1º/3 distal da clavícula (E)

**Hipóteses Diagnósticas Secundárias:****Plano Terapêutico:**

Cabo de Santo Agostinho, 23/12/18

Assinatura e Carimbo

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



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

COD. 38806

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DOCUMENTO NÃO VERIFICADO  
 27 FEVEREIRO 2019  
 Gente Seguradora S.A.  
 Av. Paulista, 719 Loja 2011-2019  
 Grácas

| DIAGNÓSTICO   | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM  | HORÁRIOS |
|---|---|----------|
| 8. Desidratação ( )                                   | <input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada 7 h.<br><input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa<br><input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária<br><input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele<br><input type="checkbox"/> outros<br><input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios<br><input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE<br><input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada<br><input type="checkbox"/> Outros   |          |
| 9. Êmese ( ) Náusea ( )                               |   |          |
| 10. Temperatura Corporal<br>( ) Diminuída ( ) Elevado | <input type="checkbox"/> Aferir temperatura de _____ h e comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C<br><input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica<br><input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente<br><input type="checkbox"/> Outros<br><input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada 15/15 min.<br><input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele<br><input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: ( ) Taquicardia; ( ) Palidez cutânea; ( ) P脉 irregular; ( ) Pele fria; ( ) Perda da Consciência<br><input type="checkbox"/> Outros |          |
| 11. Choque Hipovolêmico (✓)                           |   |          |
| 12. Risco de Infecção (✓)                             | <input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização<br><input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: Ano<br><input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações ( ) dor; ( ) calor; ( ) rubor; ( ) edema<br><input type="checkbox"/> Outros<br><input type="checkbox"/> Outros  |          |

G - Sonda Nasogástrica

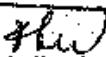
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicose

AVP - Acesso Venoso Periférico

  
 Rafaela Henrique  
 Enfermeira  
 COREN-PE 345.127

ENFERMEIRO(A) - D -

ENFERMEIRO(A) - N -

TÉC. EM ENFERMAGEM - D -

TÉC. EM ENFERMAGEM - N -

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

|   |                     |                |                |                       |   |                |                |             |
|---|---------------------|----------------|----------------|-----------------------|---|----------------|----------------|-------------|
| PACIENTE:                               | Yves Fernando Mello |                |                | DATA:                 | 2012                                    |                |                |             |
| CIRURGIÃO:                              | Dr. Mello           |                |                | RG:                   | 37846                                   |                |                |             |
| ANESTESISTA:                            | Dr. Damião          |                |                | AUXILIAR:             |   |                |                |             |
| CIRURGIA:                               | Dr. Dr. Damião      |                |                | ANESTESIA:            | Propofol                                |                |                |             |
| ESTRUMENTADOR:                          | Dr. Dr. Damião      |                |                | COORDENAÇÃO DO BLOCO: | Dr. Damião                              |                |                |             |
| CIRCULANTE:                             | Andrade             |                |                | COREN:                |   |                |                |             |
| ENFERMEIRA:                             | Andrade             |                |                | HORÁRIO INICIAL:      | 16:00                                   |                |                |             |
|   |                     |                |                | HORÁRIO FINAL:        | 16:20                                   |                |                |             |
| <b>DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA</b> |                     |                |                |                       | <b>DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA</b> |                |                |             |
| <b>AGULHAS</b>                          |                     |                |                |                       | <b>DRENOS</b>                           |                |                |             |
| 13X4,5                                  | 25X7                | 25X8           | 40X12          | KHER 8                | KHER 10                                 | KHER 12        | KHER 14        |             |
| CARDIOPLEGICA                           | STIMPLEX            | RAQUI 25       | RAQUI 27       | KHER 18               | SUCCAO 3,2                              | SUCCAO 4,8     | SUCCAO 6,4     |             |
| <b>ATADURAS</b>                         |                     |                |                |                       | BLAKER 19FR                             | BLAKER 24FR    | TORAX 20       | TORAX 26    |
| CREPE 10CM                              | CREPE 15CM          | CREPE 20CM     | CREPE 30CM     | TORAX 28              | TORAX 30                                | TORAX 32       | TORAX 38       |             |
| GESSADA 10CM                            | GESSADA 15CM        | GESSADA 20CM   |                |                       |   |                |                |             |
| <b>CANULAS</b>                          |                     |                |                |                       | <b>SONDAS</b>                           |                |                |             |
| TRAQUEOST 7,0                           | TRAQUEOST 7,5       | TRAQUEOST 8,0  | TRAQUEOST 8,5  | ENTERAL 10            | ENTERAL 12                              |                |                |             |
| TRAQUEOST 9,0                           |                     |                |                | ASPIRAÇÃO 10          | ENDOTRAQ. 2,0                           | ENDOTRAQ. 2,5  | ENDOTRAQ. 3,0  |             |
|   |                     |                |                | ENDOTRAQ. 3,5         | ENDOTRAQ. 4,0                           | ENDOTRAQ. 4,5  | ENDOTRAQ. 5,0  |             |
|   |                     |                |                | ENDOTRAQ. 5,5         | ENDOTRAQ. 6,0                           | ENDOTRAQ. 6,5  | ENDOTRAQ. 7,0  |             |
|   |                     |                |                | ENDOTRAQ. 7,5         | ENDOTRAQ. 8,0                           | ENDOTRAQ. 8,5  | ENDOTRAQ. 9,0  |             |
|   |                     |                |                | FOLEY 3VIAS 14        | FOLEY 3VIAS 16                          | FOLEY 3VIAS 18 | FOLEY 3VIAS 20 |             |
|   |                     |                |                | FOLEY 2VIAS 06        | FOLEY 2VIAS 08                          | FOLEY 2VIAS 10 | FOLEY 2VIAS 12 |             |
|   |                     |                |                | FOLEY 2VIAS 14        | FOLEY 2VIAS 16                          | FOLEY 2VIAS 18 | FOLEY 2VIAS 20 |             |
|   |                     |                |                | NASO 10               | NASO 12                                 | NASO 14        | NASO 16        |             |
|   |                     |                |                | NASO 18               | NASO 20                                 | NASO 22        | URETRAL 4      |             |
|   |                     |                |                | URETRAL 6             | URETRAL 8                               | URETRAL 10     | URETRAL 12     |             |
|   |                     |                |                | URETRAL 14            | URETRAL 16                              | URETRAL 18     | URETRAL 20     |             |
| <b>EQUIPOS</b>                          |                     |                |                |                       | <b>FIOS CIRÚRGICOS</b>                  |                |                |             |
| BOMBA                                   | BOMBA FOTO          | P/SANGUE       | P/SORO MACRO   | ALGODÃO 0             | ALGODÃO 2-0                             | ALGODÃO 3-0    | FITA CARDIACA  |             |
| <b>EXTENSORES</b>                       |                     |                |                |                       | CROMADO 0                               | CROMADO 1      | CROMADO 2-0    | CROMADO 3-0 |
| 20CM                                    | 40CM                | 60CM           | 120CM          | CROMADO 4-0           | SIMPLES 2-0                             | SIMPLES 3-0    | SIMPLES 4-0    |             |
| <b>LAMINAS</b>                          |                     |                |                |                       | SIMPLES 5-0                             | NYLON 2-0      | NYLON 3-0      | NYLON 4-0   |
| BISTURI 11                              | BISTURI 12          | BISTURI 15     | BISTURI 20     | NYLON 5-0             | NYLON 6-0                               | NYLON 8-0      | NYLON 9-0      |             |
| BISTURI 22                              | BISTURI 24          | DERMATOMO 8    |                | NYLON 10-0            | POLIESTER 2                             | POLIESTER 2-0  | POLIESTER 3-0  |             |
| <b>LUVAS</b>                            |                     |                |                |                       | POLIESTER 4-0                           | POLIESTER 5    | PROLENE 0      | PROLENE 2   |
| LUVA 7,0                                | LUVA 7,5            | LUVA 8,0       | LUVA 8,5       | PROLENE 2-0           | PROLENE 3-0                             | PROLENE 4-0    | PROLENE 5-0    |             |
| <b>SERINGAS</b>                         |                     |                |                |                       | VICRYL 0                                | VICRYL 1       | VICRYL 2-0     | VICRYL 3-0  |
| 1ML                                     | 3ML                 | 5ML            | 10ML           | VICRYL 4-0            | CERA P/DS30                             | MARCAPA880     | VALVEKIT       |             |
| 20ML                                    | 50ML                | 60ML           | CATETER        | SEDA 2-0              | SEDA 3-0                                | MONOCRYL 3-0   | MONOCRYL 4-0   |             |
| AVENTAL CIRUR                           | BS. COLOSTOMIA      | COMPRESAS      | CAPA P/VIDEO   | SENGIGEL 5X75         | AÇO 1                                   | AÇO 4          | AÇO 6          |             |
| COLET. ABERTO                           | COLET. FECHADO      | CONEXAO 2VIAS  | CONEXAO 4VIAS  |                       |   |                |                |             |
| ELETRODES                               | FILTRO UMIDIF.      | GAZES          | GELFOAM        |                       |   |                |                |             |
| KIT CIRURGICO                           | LATEX               | TORNEIRA 3VIAS | PRESERV. URINA |                       |   |                |                |             |
| SCALP 21                                | SCALP 23            | TRANSFOIX      | TRANS. PRESSAO |                       |   |                |                |             |

DEPARTAMENTO DE SANEAMENTO  
OPA/AT  
CONF/EUDR NAO VERIFICADO  
7 FEV 2019  
SIA

CÓD. 38407

### MEDICAMENTOS DA SALA CIRÚRGICA

| DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA  | QUANTIDADE | DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA | QUANTIDADE |
|--------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|
| AQUA BIDESTILADA C/10ML              |            | METRONIDAZOL 5MG/100ML              |            |
| AQUA BIDESTILADA C/500ML             |            | MIDAZOLAM 5MG/3ML                   |            |
| ALFENTANIL 0,5MG/5ML                 |            | MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)       |            |
| ATRACURUM 25MG/2ML                   |            | MORFINA 0,2MG/1ML                   |            |
| ATROFOPINA 0,25 MG/1ML               |            | MORFINA 10MG/1ML                    |            |
| BICARBONATO DE SÓDIO 6,4% C/10ML     |            | MORFINA 1MG/2ML                     |            |
| BICARBONATO DE SÓDIO 6,4% C/250ML    |            | NALOXONA 0,4MG/1ML                  |            |
| BUPIVACAÍNA CIADRENALINA 0,5% C/20ML |            | NEOMUCINA + BACITRACINA POMADA      |            |
| BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML     |            | NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML               |            |
| BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML        |            | NIPRIDE 25MG/2ML                    |            |
| BUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML |            | NORADRENALINA 4MC/4ML               |            |
| CEFALOTINA 1G IV/IM                  |            | OMEPRAZOL 40MG IV                   |            |
| CEFAZOLINA 1G IV                     |            | ONDASETRONA 8MG/4ML                 |            |
| CETOPROFENO 100MG IV                 |            | PANCURONIO 2MG/2ML                  |            |
| CIPROFLOXACINA 200MG/100ML           |            | PAPAVERINA 5DMG/2ML                 |            |
| CLONIDINA 150MCG/1ML                 |            | PETIDINA 50MG/2ML                   |            |
| CLONIDINA 150MCG/4ML                 |            | PROPOFOL 10MG/20ML                  |            |
| CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML       |            | PROTAMINA 1% C/5ML                  |            |
| CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML       |            | REMIPENTANIL 2MG (ULTIVA)           |            |
| CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML        |            | RINGER CLÁCTATO 500ML               |            |
| CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML        |            | RONGURONIO 50MG/5ML                 |            |
| CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML        |            | SEVOFLURANO 100ML                   |            |
| DEXAMETAZONA 40MG/2.5ML              |            | SOLUÇÃO CARDIOPLEGICA C/10ML        |            |
| DEXTROCETAMINA 10ML (CETAMINA S+)    |            | SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML      |            |
| DIAZEPAM 10MG/2ML                    |            | SULFENTANIL CITRATO 5MC/2ML         |            |
| DIFENIDRAMINA 50MG/1ML               |            | SUXAMETONIO 100MG                   |            |
| DIPIRONA 500MG/2ML                   |            | TRAMADOL 5MG/1ML                    |            |
| DORUTAMINA 250MG/20ML                |            | TRIGLICERÍDEOS CADEIA (TCM) 200ML   |            |
| DOPAMINA 50MG/10ML                   |            | VITAMINA C 500MG/5ML                |            |
| EPINEFRINA 10MG/1ML                  |            | VOLUVEN 6% C/500ML                  |            |
| ETILEFRINA 10MG/1ML                  |            |                                     |            |
| ETONIDATO 2MG/10ML                   |            |                                     |            |
| FENTANIL 0,0785MG/10ML               |            |                                     |            |
| FENTANIL 0,0785MG/2ML                |            |                                     |            |
| FLUMAZENO II 1MG/5ML                 |            |                                     |            |
| FUROSEMIDA 10MG/2ML                  |            |                                     |            |
| GENTAMICINA 80MG/2ML                 |            |                                     |            |
| GLICOSE 10% C/500ML                  |            |                                     |            |
| GLICOSE 5% C/500ML                   |            |                                     |            |
| GLICOSE 50% C/10ML                   |            |                                     |            |
| GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML       |            |                                     |            |
| HEPARINA SÓDICA 5.000UI/MIL C/5ML    |            |                                     |            |
| HIDROCORTISONA 500MG                 |            |                                     |            |
| IPSILON 4G C/20ML                    |            |                                     |            |
| LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA C/20ML     |            |                                     |            |
| LIDOCAINA 2% S/ADRENALINA C/20ML     |            |                                     |            |
| LIDOCAINA 2% GEL                     |            |                                     |            |
| MANITOL 20% C/250ML                  |            |                                     |            |
| METARAMINOL 10MG (ARAMIN)            |            |                                     |            |
| METIL PREDNISOLONA 50MG              |            |                                     |            |
| METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML              |            |                                     |            |
| METOPROLOL 5MG/5ML (BLOKON)          |            |                                     |            |



Secretaria de Saúde

NO 1094 RECITALARIO

Traumatologista ( 5583114 )

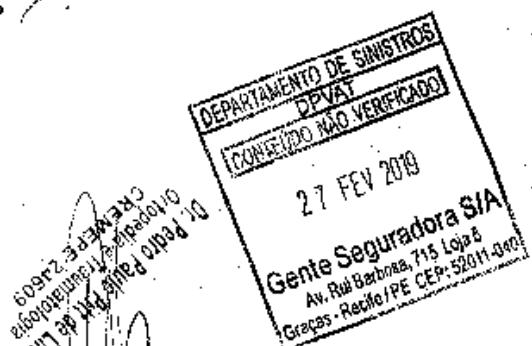
Yves Cordeiro Mello

23/02/2019

Residente no mês de 01/2019

Trabalho em clínica D.

Av: Proteta Cláudia D  
Tempo: Diante



23/02/2019

Data

Assinatura CRM



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

Nome: Luiz fernandes Cuy Registro nº 33846  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data da Admissão: 23/12/18 Data da Alta: 25/12/18

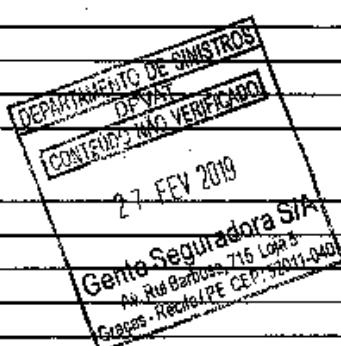
Diagnósticos Definidos: Pneuma com fratura em ambos ombros

quei ombro com motocicleta (sic)  
Fratura 1 fôrum de elevador esq.

CNPJ: 842

Conduta / Procedimentos Realizados: Tratamento cirúrgico - redução manual +  
fixação com fio de n.

Prescrição para o Domicílio: Analgésico  
- orientações



Informações Complementares: do ambulatório

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

25/12/18

Assinatura do Médico e Carimbo

Reinaldo M. de Carvalho  
Médico Ortopedia  
CNPJ: 14.861-PE





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 16:20:23  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120416202289600000054118460>  
Número do documento: 19120416202289600000054118460

Num. 55005825 - Pág. 38