



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 (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55005824	04/12/2019 16:20	<a href="#">2650106_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 18ª 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.ª, 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.



Diante 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.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120416202275900000054118459>  
Número do documento: 19120416202275900000054118459



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**

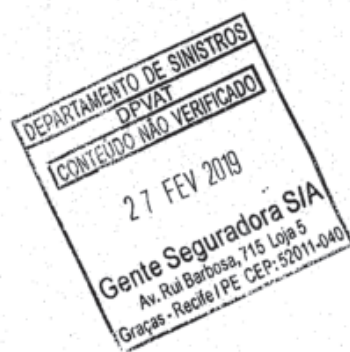
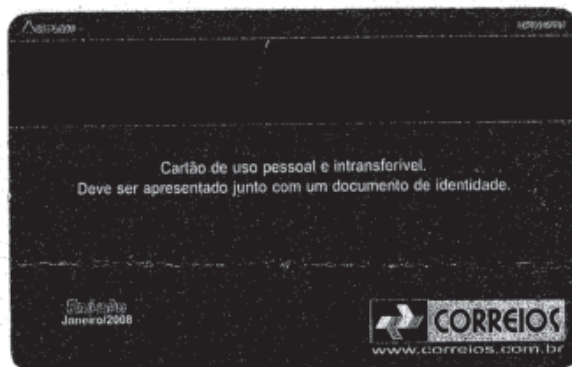
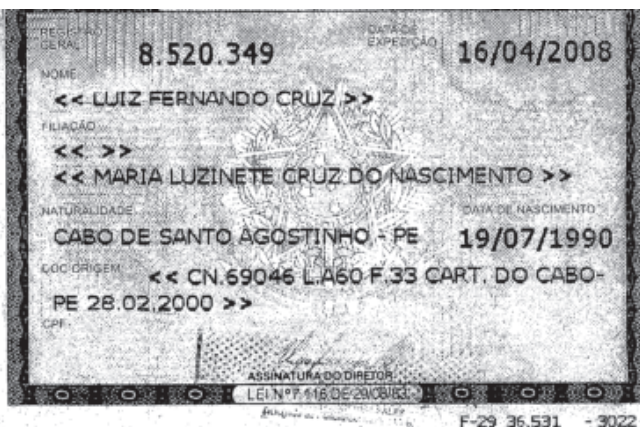
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

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 (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55005825	04/12/2019 16:20	<a href="#">ANEXO 2</a>	Outros (Documento)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO  
CARTÃO NACIONAL DE HABITACAO

PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1487430708

NOME  
**ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO**

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

CNPJ  
**817.008.064-91**

DATA NASCIMENTO  
**02/05/1972**

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

PERMISSÃO  
**00000000000000000000000000000000**

ACC. HAB.  
**00000000000000000000000000000000**

CAT. HAB.  
**D**

Nº REGISTRO  
**04324080986**

VALIDADE  
**30/09/2022**

1ª HABILITAÇÃO  
**26/03/2008**

OBSERVAÇÕES

MAX

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**RECIFE, PE**

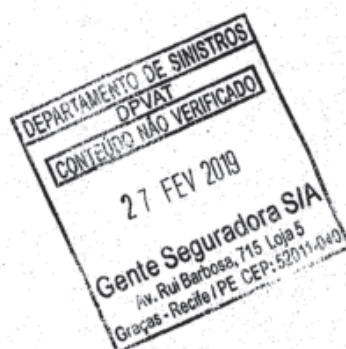
DATA EMISSÃO  
**30/10/2017**

ASSINATURA DO EMISSOR

30390611474  
PE081620225

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1487430708



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 03/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

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

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

**Data da análise:** 03/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

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





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 OUTORGANTE Luiz Fernando Cruz

Portador (a) do documento de identidade n. 8.520.348, 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 Novo, cidade Escada, Estado PE

2 OUTORGADO ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

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

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

RUA APULEU VIEIRA, n. 113 complemento CASA, 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

TABELÃO ELIAS MATHIAS

**SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO**  
TABELÃO TITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS (SUBSTITUTO: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS)

Reconheço a firma por autenticidade de: 22/01/2019 09:27:54  
LUIZ FERNANDO CRUZ, Portador da verdade.

Em testemunho

Elcio Mendes dos Santos Tabelião  
Seio digital N.º 007/99-IMG1120190103570  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seiodigital](http://www.tjpe.jus.br/seiodigital)

AV. DR. JOSÉ HENRIQUE, 398 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.500-000 - TEL: (81) 3538-1655 / 3712

Custas R\$ 3,99  
TGNR R\$ 0,80  
Total R\$ 4,79

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
27 FEV 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa  
Gracás - Recife - PE

Elías Mathias Santos Titular



## 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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Marta Marinho dos Santos





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

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190175554

Vítima: LUIZ FERNANDO CRUZ

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ FERNANDO CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14009018

Pag. 00831/00832 - carta\_01 - INVALIDEZ





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



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 - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **23/12/2018** às **14:16**

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



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**LUIZ FERNANDO CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA**  
**LUZINETE CRUZ DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **19/7/1999** Naturalidade: **NÃO**  
**INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **AVENIDA ZENOBIO LINS, 01, 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**

+ *Luiz Fernando Cruz*  
LUIZ FERNANDO CRUZ  
(VITIMA)

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



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	08/04/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

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

CLIENTE: LUIZ FERNANDO CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02125

CONTA: 000000026738-1

---

---

Nr. da Autenticação 0CECE01874B36B7F



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

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

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

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

Por ser verdade, firmo-me.

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

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



**DADOS DO CLIENTE**  
ELLEN EMILIA ANDRADE FAYE DAS CHAGAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA APULEU VIEIRA 113

CPF: 010.048.804-80

VARZEA/RECIFE  
RECIFE PE  
50810-370

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

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

CONTA CONTRATO	MESIANO
0684298023	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
08/01/2019	28/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	217,15

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(144)	261,0000000	0,73875554	192,81
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,35
Contrib. Ilum. Pública Municipal			22,73
ICMS Subvenção-CDE-NF 037159080-2610/18			1,26

TOTAL DA FATURAS

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								217.15
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
317040716	CAT	29-11-2016	3 387,00	28-12-2016	3 622,00	31	1,60000	
							281,00	

## HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Cases
DEC 16	281
NOV 16	207
OCT 16	211
SEP 16	188
AGO 16	197
JUL 16	201
JUN 16	211
MAY 16	174
APR 16	177
MAR 16	160
FEB 16	185
JAN 16	182
DEC 17	193

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.sagepub.com>

	BASE DO CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS			
PIS	193,10	25,00	48,28
COFINS	193,54	0,75	1,50
	193,10	3,61	7,08

Copyright © 2005 John Wiley & Sons, Ltd.

Geração de Energia	R\$ 62,88	31,5%
Transmissão	R\$ 9,03	4,67%
Distribuição (Cabo)	R\$ 42,20	21,66%
Perdas de Energia	R\$ 13,28	6,88%
Encargos Setoriais	R\$ 10,87	5,53%
Tributos	R\$ 56,78	29,40%
Total	R\$ 193,18	100%

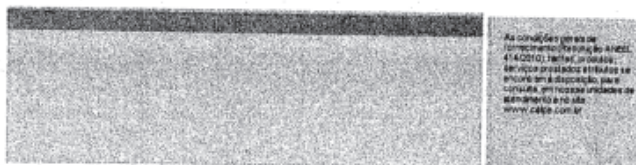
© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 105–112

Corrado Alvigiani

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

D28F 6DEB C90D 3EEC 2EC0 E3CC 8E3E D27F

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

DURAÇÃO E INFLUÊNCIA DAS INTERRUPTORES					NÍVEL DE TEMPO		
CONJUNTO	VALOR ANUAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TEMPO HORAL (h)	LIMITE DE VARIAÇÃO (h)	
					MÍNIMO	MÁXIMO	
DIC	04/2018				220	202	231
FIC	0,53	5,07	10,15	20,30			
DBIC	1,00	3,23	6,47	12,95			
	0,53	2,06	0,00 *	0,00			

Limite DIC: 12,22  
USD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição a R\$ 71,85

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

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0864298023	12/2016	08/01/2019	217,15

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



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1382545647

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE  
MARIA DE FATIMA DOS ANJOS

DATA DE VENCIMENTO  
20/02/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCAL  
13/02/2019

CONTA CONTRATO  
7017960690

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

TOTAL A PAGAR  
R\$ 60,01

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

CLASSIFICAÇÃO  
RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

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

CONSUMO  
78

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO  
7017960690

MÊS/ANO  
02/2019

TOTAL A PAGAR  
R\$ 60,01

VENCIMENTO  
20/02/2019

TALÃO DE PAGAMENTO  
Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.  
Este canhoto será usado em  
leitora ótica.

838000000009 600100110078 017960690101 137794983532



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAR 2019

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

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Artur Vitoriano da Costa 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 Inteligência da Vítima  
Luiz Fernando Cruz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.902.234 / 30, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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



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

Recife, 25 de Fevereiro, de 2019  
Local e Data

Artur V. Costa Neto  
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





## Declaração do proprietário do veículo

Eu, Rosinete Felix de Lima

RG nº 4.500.248

Data de expedição 02/10/2014

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

Com o domicílio na cidade de Ribeirão

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

Epifanio dos Santos

nº 127 Bairro: Bomdeusante

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

vítima, Luiz Fernando Cruz

Cujo condutor era Luiz Fernando Cruz

Veículo: motocicleta modelo: Honda 160 125 FAN RS

Ano: 2010

Placa: NXU 7351

Chassi:

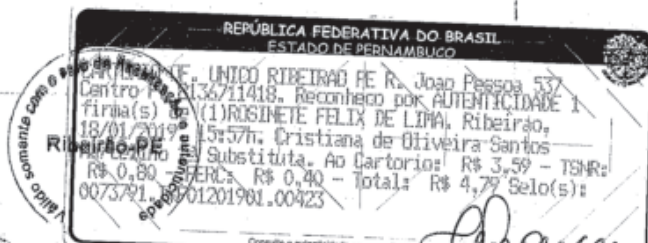
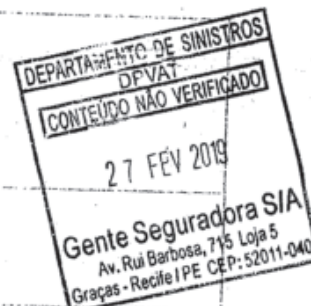
9C2JC4110AR670626

Data do Acidente:

23/12/2018

Local e Data:

Ribeirão 18/03/2019.



Rosinete Felix Lima

Assinatura do Declarante do Veículo (Reconhecer firma por autenticidade)

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





ITAJAÍ



PACTO PELA CIDADANIA

# SECRETARIA DE SAÚDE DO ITAJAÍ

## FICHA DE ATENDIMENTO

28 anos  
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Nº REGISTRO <b>53 299</b>	DATA E HORA DO NASCIMENTO <b>19-07-90</b>	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL
PACIENTE: <b>Luiz Fernando</b>	NASCIMENTO: <b>19-07-90</b>	IDADE: <b>28</b> SEXO: <b>M</b> COR:
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	NACIONALIDADE:
Nº DE IDENTIDADE:	PAI MÃE <b>Luizete F. do Carmo</b>	COMPLEMENTO:
ENDEREÇO: <b>Rua</b>	CIDADE: <b>Itajaí</b>	UF: <b>RS</b> TELEFONE: <b>9.9459-2647</b>
Bairro: <b>Camela</b>		
ORIENTAÇÃO:		

PROCEDÊNCIA: MEIO DE TRANSPORTE:

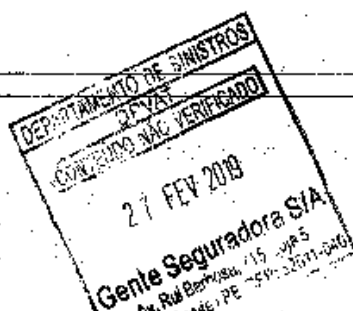
CONSULTA DE ENFERMAGEM
DATA: <b>23-12-18</b> HORA: <b>14:15</b> ENFERMEIRO: COREN:
SITUAÇÃO QUEIXA:

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

PA: <b>X</b> mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA MSD <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	PUPILAS ISOCÓRICAS ANISOCÓRICAS
SCORE	SCORE	SCORE		
DO: <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:  
 Ausc. do tórax com wheezes  
 Ausc. do abdome

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:  
 Rx: afecção no tórax - wheezes







# HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 474664

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

Senha da Classificação:

0035

Paciente: 37848 LUIZ FERNANDO CRUZ

Sexo: MASCULINO

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

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

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

CRM: 14861

Endereço: DOUTOR MANOEL CLEMENTI -

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CABO

PE

Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 8188858631

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

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

Exame Físico

deformada lateral na clavícula (E)

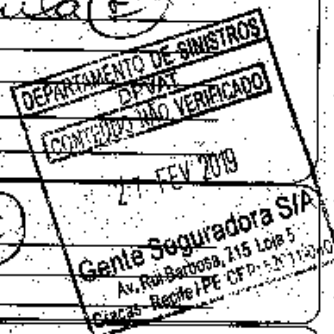
Hipótese Diagnóstico

Fract. lateral da clavícula (E)

Conduta Terapêutica

Internamento

Prescrição Médica



EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Carimbo/Médico



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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



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

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

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

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITÍMA 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:

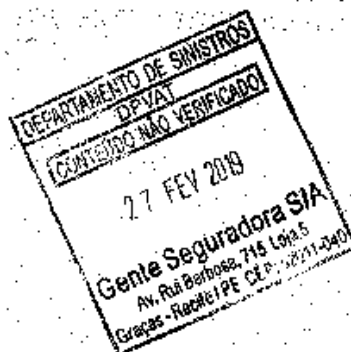
TRAUMA

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: Willy Fernando Cruz Data: 24.12.18 Registro: 37846  
Convênio: WS Leito: Sala 03 Hora: 15:00

**2. Equipe médica:**

Cirurgião: Dr. Julio 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesiista: Dr. Romi de Instrumentador: WAGG  
Circularite: Leandro

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Wip / Cupola	24.12.18 01 STEAM	DISPOSITIVO C/CHAVE MDH UNIDESTER LOTE: 83.000.634 EST: 21/12/2018 VAL: 21/12/2019 43949880 PLASMA P.H RESP TECNICO RICARDO LEITE COREN: 342.739
Amoia de bisturi / Punho de fole	20.12.18 02 STEAM	CLASS 4 CHEMICAL INDICATOR Medstet EN ISO 11140-1:2014 STEAM Black Processed 2551 US Patent 6748393 ISO 11140 Class 4 Approach II Indicator is valid as 'off' or 'on'
Pro 2.0 / Punho de fole	20.12.18 02 STEAM	
Punho de fole / Punho de fole	23.12.18 02 STEAM	
	24.12.18 02 STEAM	
	24.12.18 02 STEAM	
	24.12.18 02 STEAM	
	24.12.18 02 STEAM	





**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

Sala : 0003

SALA 03

LUIZ FERNANDO CRUZ

SUS - INTERNACAO

LEITO 6

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

Atendimento : 474672

Carteira :

Idade : 28 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408010150

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVICULA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 39

BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

QUIRÚRGICO  
ANESTESISTA

13722 JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA

11671 DANIELLA GOUVEIA DE MELO

**Descrição Cirúrgica :**

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

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

HdH - Hospital Dom Helder Camara  
Evângela C. Dias de Souza  
F. 11/01/2018

16 DEZ. 2018

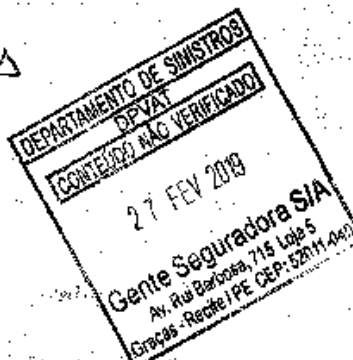
**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

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

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

Local: Semob. MJ MSE  
Data: 24.12.18 21:30h  
Assinatura: [assinatura]



HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



**HOSPITAL  
DOM HELDER CAMARA**



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

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

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

Data/Hora	
05/12/18	# SPPA #
	Paciente em 1º DPO frnat. clavícula (E)
	EGR. consciente, orientado, eupneico
	SSVV estáveis. Segue Alta hospitalar
	<i>thi</i>
	Profª Henrique
	Enfermeira
	CRP 000.127





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

24/12/18 ETVF

Paciente

Amir, Francisco Braz

37,846

Sexo

Cor

Idade

Risco

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☒ NÃO ☐ SIM

Cirurgia

TTO RAR FRAT DE CLAVICULA

Horário

N.O

Qs

Liq

SaO

Tco

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anestésicos

Drogas Usadas

Quantidade

Xylo. e.v.

20ml

ND

3ml

Glaxolina

20

Chamomila

5ml

Propofol

30ml

Técnicas Anestésicas

Block Plexo +  
Axiária

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPA  
ACORDADO E VERIFICADO

27 FEV 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Barão de São João 5  
Gravata - Recife - PE 51111-040

Monitorização

☒ Cardíaco

☒ Oximétrico

☐ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Outflow

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Svon-Garz

☐ Analizador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia BP Plus

Encaminhado

☒ Azorcedo

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino:

☒ SRPA

☐ Apart/Ent.

☐ UTI

☐ Extremo

Intercomência:

☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

Dra. Daniela Melo  
Anestesiologista  
CRM 11671

Assinatura do Anestesiologista



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

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Maria Fernanda Cruz Data: 24/12 Hora: 15:00 Registro: 37846  
Convênio: 25 Lado: — Sexo: — Altura: —

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dr. João Anestesiologista: Dr. Manoel  
Auxiliar: — 2º Auxiliar: — Instrumentador: —

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: Prostectomia de Glândula Início: 16:00 Término: 16:20  
Anestesia: Algodão Início: 15:35 Término: 16:20

**4 - PRÉ-OPERATÓRIO:**

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

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

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

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Oxímetro de Pulso ( ) Monitor Cardíaco ( ) PNI ( ) Bomba CEC ( ) Aspirador ( )  
Colchão Térmico ( ) Bisturi Ultrassônico ( ) Artoscópio ( ) Microscópio ( )  
Bisturi Elétrico ( ) Local da Peça: Dorso  
Carro de Anestesia ( ) Difusor ( ) Intensificador ( ) Nº ( )  
Ap. Vídeo ( ) Bomba de Infusão ( )  
Oxigênio ( ) Início: 15:35 Término: 16:20  
Protóxido ( ) Início: — Término: —  
Gás Carbônico ( ) Início: — Término: —  
Outros: —

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Cânula Orotraqueal: Sim ( ) Não ( ) Puncão Venoso: Sim ( ) Não ( )  
Sonda Vesical de Demora: Sim ( ) Não ( ) Sonda Gástrica: Sim ( ) Não ( )  
Drenagem (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( )  
Curativo (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( ) —

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA: — CIRURGIA: —  
Muito medicação em muito medicação ao momento  
propriedades do pt. do pt.

**6 - OBSERVAÇÕES:**

pt. muito pt. muito 1.1 a 1.2 contínuas

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Paciente: Acordado ( ) Narcose ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado ( )  
Encaminhado para: SRPA ( ) B. Intensiva ( ) LIDOR ( ) UTI ( ) Apq ( ) Residência ( )

Data: 24/12 Hora: 16:20 Enfermeira: Rafaela Circulante: —

CÓD. 38807





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

### 1. Identificação

Leito da SRPA: 2

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

### 2. Procedimento cirúrgico

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

### 3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom ( ☒ ) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave  
Respiração: ( ☒ ) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não ( ☒ ) Sim Onde: M90  
Acesso Venoso Central: ( ☒ ) Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Drenos: ( ☒ ) não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_  
Sinais vitais: PA: 140 x 78 mmHg FR: - p/min FC: 65 p/min SaPO2: 98%  
Glasgow: \_\_\_\_\_

### 4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>120 x 67</u>	<u>114 x 58</u>	<u>123 x 70</u>	<u>113 x 73</u>	<u>134 x 95</u>	
FR	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	
FC	<u>65</u>	<u>67</u>	<u>59</u>	<u>70</u>	<u>74</u>	
SaPO2	<u>97%</u>	<u>96%</u>	<u>95%</u>	<u>97%</u>	<u>99%</u>	
Glasgow	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	

### 5. Intercorrências/observações:

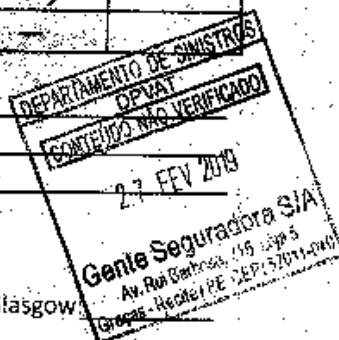
### 6. Alta da SRPA

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

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

Data: 24/12/19 Horário: 19h Responsável pelo encerramento: Dr. Graça Couto

Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_



CÓD. 38398





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

## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND: MARTINIANO FERNANDES

Registro: 37846

Nome: LUIZ FERNANDO CRUZ

Mãe: MARIA LUZINETE CRUZ DO NASCIMENTO

End.: DOUTOR MANOEL CLEMENTINO

Enferm.: LEITO 6

Atendimento: 474872

Leito: 639

Dt. Cadi: 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

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

O paciente tem alguma alergia?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

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

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

#### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

Antecipação de eventos críticos:

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

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim **Rx**
- ☐ Não se aplica

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

**Rafaela Henrique**  
Enfermeira  
CNS 127





Secretaria de Saúde  
RECEBIDÁRIO

AO HCH

Traumatologia (5583114)

WIZ FERNANDO CRUZ  
28 ANOS

Queda de moto no 014.  
Trauma no ombro @

dx: Fratura clavícula @  
Tubo dorsal.

23.12.18  
Data

Dr. Pedro Paulo de Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CREME 24609

Assinatura: C.M.V.



## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: Luiz Fernando Cruz Registro: 37826 Nº Atendimento: 474664  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim ( ) Não  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: Dores no ombro (E) há 4 horas

### História da Doença Atual:

história de acidente com moto  
há 4 horas referindo dores no  
ombro (E) e limitação funcional

### Interrogatório Sintomatológico:

dores no ombro (E) há 4 horas  
limitação funcional  
sem febre, náusea, vômito, diarreia, urticária, inchaço  
em outros locais, tosse, dispnéia, dor no peito, tontura, vertigem  
ou outros sintomas

Assinatura e Carimbo:

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



Exame Físico: dor + edema + limitação no ombro

ACQUIRO NRO 1000

Antecedentes Pessoais:

Medicações em Uso:

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura do 1/3 distal da clavícula (E)

Hipótese 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 Helder Câmara  
Rodovia BR-101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho - PE

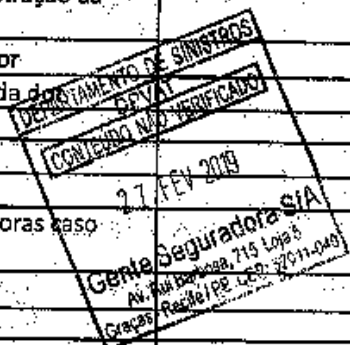


Nome: Quir Fernando Pires Registro: 37806 Leito: 24/12/18  
Procedimento cirúrgico: POS do. urin. final Data: 24/12/18 Hora:

DIAGNÓSTICO elavula INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

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



COD. 38806



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

G - Sonda Nasogástrica


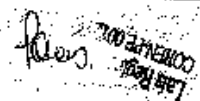
PA - Pressão Arterial

FC - Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 <b>Rafaela Henrique</b> Enfermeira COREN-PE 346.127 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÊC. EM ENFERMAGEM - D -	 TÊC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	



PACIENTE:	Helder Helder de Mello			DATA:	24/12
CIRURGIÃO:	Dr. Julio			RG:	37846
ANESTESISTA:	Dr. Daniel			AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	Dr. Helder Helder de Mello			ANESTESIA:	Prologano
ESTRUMENTADOR:	Mauricio			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Dr. Helder
CIRCULANTE:	Andréia			COREN:	
ENFERMEIRA:	Brisela			HORÁRIO INICIAL:	16:00
				HORÁRIO FINAL:	16:20

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

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 28
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 38
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRACAO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,8	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 6	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSCO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SLRIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 8

DEPARTAMENTO DE MATERIAIS  
DPMAT  
CONFERIDO E VERIFICADO  
27 FEV 2019  
SIA

CÓD. 38407







**MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA**

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML	
ATRACURUM 25MG/2,5ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML	
BUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM	
CEFAZOLINA 1G IV	
CEFTRIAXONA 1G IV	
CETOPROFENO 100MG IV	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML	
DEXTRO CETAMINA 10ML (CETAMINA S+)	
DIAZEPAM 10MG/2ML	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML	
DORUTAMINA 250MG/20ML	
DOPAMINA 50MG/10ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML	
ETILEPRINA 10MG/1ML	
ETOMIDATO 2MG/10ML	
FENTANIL 0,0785MG/10ML	
FENTANIL 0,0785MG/2ML	
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML	
FUROSEMIDA 10MG/2ML	
GENTAMICINA 80MG/2ML	
GLICOSE 10% C/500ML	
GLICOSE 5% C/500ML	
GLICOSE 50% C/10ML	
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML	
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML	
HIDROCORTISONA 500MG	
IPILON 4G C/20ML	
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML	
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML	
LIDOCAÍNA 2% GEL	
MANITOL 20% C/250ML	
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)	
METIL PREDNISOLONA 500MG	
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML	
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)	

[illegible]



Secretaria de Saúde

NO HCH

RECEITÁRIO

Tratamento ( 5533114 )

Uma Praxidol 1000

23 unid.

Prescrição de 1000 mg. 017

Tratamento em 017

Re: Fratura Clavícula. 017

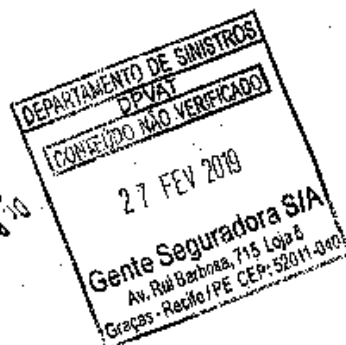
Tratamento.

23/12/13

Data

Dr. Pedro Paulo de Lima  
Otorrinolaringologista  
CRM 101317

Assinatura CRM



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

Nome: Luiz Fernando Cruz Registro nº 37846  
Idade:      Sexo:      Data da Admissão: 23/12/18 Data da Alta: 20/12/18

Diagnósticos Definidos: Pericete com trauma em ombro esquerdo  
qm acidente com motocicleta (sic)  
pt - fratura 1/3 lateral de clavícula sx  
cm: 542

Conduta / Procedimentos Realizados: Tratamento cirúrgico: - redução com fio de K.

Prescrição para o Domicílio: - Analgesia  
- curativos

Informações Complementares: do ambulatório

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

25/12/18

Assinatura do Médico e Carimbo

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

