

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013709571

Cidade: São José da Laje

Natureza: Invalidez

Vítima: RUBENILDO DOS SANTOS

Data do acidente: 26/05/2013

Emissor do parecer: Paula Cristina Serzedello Faria

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Prestadora: ACE Gestão de Saúde Ltda.

CRM do médico: 1306

PARECER

Diagnóstico:	FRATURA DE T6.
Descrição do exame médico pericial:	AO EXAME HÁ LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA COLUNA TORÁCICA
Resultados terapêuticos:	SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO (ARTRODESE)
Sequelas permanentes:	LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA COLUNA TORÁCICA
Sequelas :	Com sequela
Data da perícia:	21/11/2013
Conduta mantida:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	SANDOVAL NOBRE
UF do CRM do médico:	AL

DANOS

Dano	%	Dimensão	Gradação
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25	1	75

Valor avaliado: 2.531,25

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Informações do Acidente

Sinistro2013709571
Nome da Vítima: RUBENILDO DOS SANTOS
Local:MACEIO
Data do Acidente: 28/05/13

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação do Medico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(X) Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito I

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

Resposta: FRATURA DE T6 SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO (ARTRODESE)

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resposta: AO EXAME HÁ LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA COLUNA TORÁCICA

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: (X) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: (X) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

b) (X) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Resposta: LIMTAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA COLUNA TORÁCICA

Em caso de resposta afirmativa para "a" e/ou "b" no item III e/ou "a" no item IV, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

() Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

() Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: COLUNA TORACICA

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

3ª Lesão:

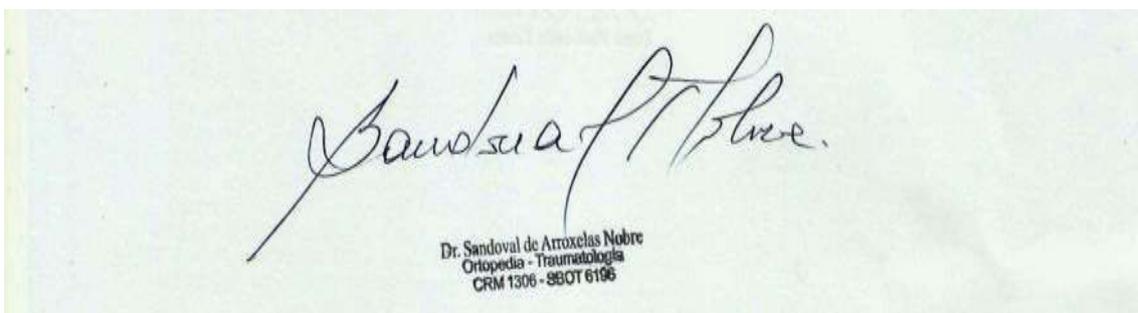
Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador

Identificação do Médico Examinador
Nome do Médico: SANDOVAL NOBRE
Registro no CRM: 1306
Local do Exame: MACEIO
Data do Exame: 21/11/2013



Dr. Sandoval de Aroxeles Nobre
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1306 - 8807 6196



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SESAU
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU
GERÊNCIA MÉDICA / ESTATÍSTICA

Cert. de Socorro nº. 463

Maceió, 04 de setembro de 2013.

O Senhor
RUBENILDO DOS SANTOS
Vítima

Atendendo a solicitação, declaramos haveremos efetivado o atendimento da ocorrência abaixo:

1 - DATA DA OCORRÊNCIA: 26 de maio de 2013

2 - LOCAL: BR 104

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

*10040

3 - CIDADE: União dos Palmares



4 - REFERÊNCIA: Após União dos Palmares

5 - OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

6 - VÍTIMA (S): **Rubenildo dos Santos**

7 - TRANSLADO: HGE

8 - SITUAÇÃO: Vítima atendida e transportada, sob regulação médica, ao hospital de destino.

9 - UNIDADE SOCORRISTA: - União dos Palmares

Atenciosamente,

Valdenice Oliveira
SAU - Ger. Médica - Samu Maceió
Mat. 865498-0
Maceió

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

05 SET 2013

UNIDADE PORTO ALEGRE
FAC. COLOMBO FERREIROS



REGISTRO DE ENTRADA

Rua Barão de Maccio, 288 - Centro
CNPJ: 12.307.187/0001-50 Insc. Est. 24.054.180-4
E-mail:ouvidoria@santacasademaceio.com.br Tel.: (82) 2123-6000

Prontuario 00649006	Atendimento 02783767	Data Entrada 28/05/2013	Hora Entrada 09:11	Unid. Internação 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO, APARTAMENTO - 331	Tipo Atend.
------------------------	-------------------------	----------------------------	-----------------------	--	-------------

Nome do Paciente RUBENILDO DOS SANTOS		CPF 03522447476		Carteira de Identidade 1688275	
Endereço / Nº RUA EF CONJ JOSE DA SILVA PEIXOTO 16		Bairro JACINTINHO	Cidade MACEIO	U.F. AL	CEP 57040715
Sexo Masculino	Est.Civil Casado	Data Nasc. 31/05/1978	Nacionalidade BRASILEIRO	Naturalidade	Acomodação APARTAMENTO
Fone Comercial		Profissão MOTORISTA	Cor	Fone Paciente (82)33207895	
Pai		Grau Ins:			
Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS		Plano PLANO HAP - AMB 92	Guia	N Carteira 00294100048021829	
Convênio UNIMED					
Procedimentos:00020010 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)					
Obs.:					
Médico da Internação / RESPONSÁVEL ALDO SERGIO CALACA COSTA			Crm		
Nome do Responsável REJANE DE LIMA MOREIRA DOS SANTOS			Telefone (82)33207895		
Endereço do Responsável: RUA EF CONJ JOSE DA SILVA PEIXOTO					



REGISTRO DE ENTRADA
Rua Barão de Maccio, 288 - Centro
CNPJ: 12.307.187/0001-50 Insc. Est. 24.054.180-4
E-mail:ouvidoriasantacasademaceio.com.br Tel.: (82) 2123-6000

Prontuario 00649006	Atendimento 02783767	Data Entrada 28/05/2013	hora Entrada 09:11	Unid. Internação 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO, APARTAMENTO - 331	Tipo Atend.
------------------------	-------------------------	----------------------------	-----------------------	--	-------------

Nome do Paciente RUBENILDO DOS SANTOS		CPF 03522447476		Carteira de Identidade 1688275	
Endereço RUA EF CONJ JOSE DA SILVA PEIXOTO		Bairro JACINTINHO	Cidade MACEIO	U.F. AL	CEP 57040715
Sexo Masculino	Est.Civil Casado	Data Nasc. 31/05/1978	Nacionalidade BRASILEIRO	Naturalidade	Acomodação APARTAMENTO
Fone Comercial		Profissão MOTORISTA	Cor	Fone Paciente (82)33207895	
Pai		Grau Ins:			
Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS		Plano PLANO HAP - AMB 92	Guia	N Carteira 00294100048021829	
Convênio UNIMED					
Procedimentos:00020010 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)					
Obs.:					
Médico da Internação / RESPONSÁVEL ALDO SERGIO CALACA COSTA			Crm		
Nome do Responsável REJANE DE LIMA MOREIRA DOS SANTOS			Telefone (82)33207895		
Endereço do Responsável: RUA EF CONJ JOSE DA SILVA PEIXOTO					

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

06 NOV. 2013

UNIDADE PORTO ALEGRE
PROTOCOLO P/11/13

194627

28/05/2013

30-4

49 - C.C. GERAL
1 ATENDIMENTO
 PACIENTE
 MASCULINO
 OFEMININO

Nome Paciente: RUBENILDO DOS SANTOS
 Dt. Nascimento: 31/05/78 Atend: 2793767
 Aviso: 136321 Data atend: 28/05/13
 Unid. Internação: 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOT
 Leito: APARTAMENTO - 331
 Convênio: UNIMED
 Sexo: Masculino Cirurgião ALDO SERGIO CALA

STÉTICO 14 - C. HEMODINÂMICA
 DATA 200613
 LEITO CONVÊNIO Unimed

DIAGNÓSTICO EM CÓDIGO CID: O CONTAMINADA O SIMULTÂNEA O UNILATERAL O CESÁRIA
 O NÃO CONTAMINADA O MÚLTIPLA O BILATERAL O PARTO NORMAL
 O POR VÍDEO LAPAROSCOPIA O ÚNICA O EX ESPECIAL O CURETAGEM

TRATAMENTO REALIZADO EM CÓDIGO AMB/SUS					TOTAL HONORÁRIOS PROFISSIONAIS				
AMB/	AMB/CIEFAS	PARTICULAR	TABELA	CÓDIGO	EQUIPE/NOME	CRM	PAGAMENTO	TOTAL	
MÉTODO	SUS/SIH	PACOTE					04	07	CH/US
CIRURGIÁ									
ASA	CÓD. PROC.	QUANT. CH/US	ACOMO. DAÇÃO	%	TOTAL CH/US	A	P		
I	SZA	15							
II	SZA	03							
III									
IV									
V									
E									

TEMPO INÍCIO TÉRMINO DURAÇÃO HÁ INDICAÇÃO PARA UTI?

CIRURGIÁ 07:45 13:45 6h

(*) ANESTÉSIA () CARDÍACA () RECUPERAÇÃO () CORONARIANA () NEO/PED.

TAXAS CENTRO CIRÚRGICO/ OBSTÉTRICO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO	FERIADO	HORA NORMAL	HORA ESPECIAL
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

CÓDIGO	TAXAS / DESCRIÇÃO	QUANT.	CÓDIGO	EQUIPAMENTO / DESCRIÇÃO	QUANT.
74	CIRURGIÁ PEQUENA POR HORA ATÉ 3 HS.		10	DEFIBRILADOR P/USO	
75	CIRURGIÁ MÉDIA POR HORA ATÉ 3 HS.		42	BOMBA DE INFUSÃO P/USO	01
76	CIRURGIÁ GRANDE POR HORA ATÉ 3 HS.	01	22	SERRA ELÉTRICA P/USO	
77	CIRURGIÁ ESPECIAL POR HORA ATÉ 3 HS.		03	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO P/USO	
78	PARTO NORMAL		06	MONITOR CARDÍACO P/USO	01
79	PARTO CESÁRIA		100	BOMBA CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA P/USO	
80	30% CIRURGIÁ MÚLTIPLA PEQUENA		101	FONTE DE LUZ FRIA P/USO	
81	30% CIRURGIÁ MÚLTIPLA MÉDIA		59	PERFURADOR/FURADEIRA P/USO	
82	30% CIRURGIÁ MÚLTIPLA GRANDE		102	FIBRA ÓTICA P/USO	
83	30% CIRURGIÁ MÚLTIPLA ESPECIAL		20	CARPINOGRAFO P/HORA	01
84	50% CIRURGIÁ PEQUENA HORA ESPECIAL		181	VACUO CENTRAL	01
85	50% CIRURGIÁ MÉDIA HORA ESPECIAL		02	MICROSCÓPIO OFTALMICO C/ FONTE LUZ P/USO	
86	50% CIRURGIÁ GRANDE HORA ESPECIAL		14	EQUIPAMENTO PARA ANESTESIA P/USO	01
87	50% CIRURGIÁ ESPECIAL HORA ESPECIAL		103	BERÇO AQUECIDO P/HORA	
88	50% PARTO NORMAL HORA ESPECIAL		69	OXIGÊNIO - VAZÃO P/HORA	01
89	50% PARTO CESÁRIA HORA ESPECIAL		104	DIOXÍDO DE CARBONO P/HORA	
90	DISSECÇÃO VENOSA OU ARTERIAL		105	CISTOSCOPIA/ENDOSCOPIA P/USO	
91	PUNÇÃO SUBCLAVIA OU ARTERIAL		106	MÁQUINA CARDIOPLEGIA P/USO	
191	PUNÇÃO VENOSA	01	67	AR COMPRIMIDO P/HORA	
93	30% CIR. PEQUENA CONTAMINADA		21	OXÍMETRO DIGITAL P/HORA	01
94	30% CIR. MÉDIA CONTAMINADA		107	ASPIRADOR ELÉTRICO P/USO	
95	30% CIR. GRANDE CONTAMINADA		108	LIPOASPIRADOR P/HORA	
96	30% CIR. ESPECIAL CONTAMINADA		72	PROTOXIDO / OXIDO NITROSO P/HORA	
97	RAIO-X NA SALA DE CIRURGIÁ USO.		197	P.A.N.I.	01
98	TX CATETERISMO CARD. PACOTE			BUS	01
182	TX SL. HEMODINÂMICA ANGIOP.				

* ATENÇÃO: 1 - CIRURGIÁ PEQUENA ENTRE 50 A 200 CH
 2 - CIRURGIÁ MÉDIA ENTRE 250 A 500 CH
 3 - CIRURGIÁ GRANDE ENTRE 550 A 1.400 CH
 4 - CIRURGIÁ ESPECIAL ACIMA DE 1.450 CH

* OS GASES SERÃO COBRADOS POR HORA INDIVISIVEL

CIRURGIÁ: Artrodex
 de Eluna Terocua

(*) TIPO DE ANESTÉSIA: Geral

10-380 - Macaé - Alagoas - Brasil.
Unifal - 6341/8020
Estatual: 24.054.180-4

ATENDIMENTO: Nome Paciente: RUBENIL DO DOS SANTOS
Dt. Nascimento: 31/05/78 Atend: 2783367
Aviso: 136321 Data atend: 28/05/13
PROLENTE: Unid. Internação: 3º ANDAR HOSPITAL A PEIXOT
Leito: APARTAMENTO - 331
CONVENIO: Convenio: UNIMED
Sexo: Masculino Cirurgião: ALDO SERGIO CALA
Observação:

DATA: 12/06/13
UNIDADE:
LEITO:
Digitação OK?
DIGITADO
12/06/13

UND	OTD	DUÇÃO		UND	OTD	DUÇÃO	
AMP	03	PROPOVAN 1% 20 mL	PROVIVE 1% 20 mL	ML		OXIMETASOLINA 0,05%	
FR		DIPRIVAN 1% 100 mL	PROVIVE 1% 100 mL	ML		NASIVIN Gts	
Ser. Preenc.		DIPRIVAN PFS 1% 50 mL				NEOCAINA 0,5% PESADA 4 mL	
AMP		TRACUR 10 mg/mL	ATRACÚRIO 10 mg/mL	AMP		NEOCAINA 0,5% CV 20 mL	
FRA/AMP	05	ESMERON 10 mg/mL		FRA/AMP		NEOCAINA 0,5% SV 20 mL	
AMP		NIMBIUM 10 mg/5 mL		AMP		NEOCAINA ISOBÁRICA 0,5% 4 ML	
ml		ENTRANE	ENFLURAN			XYLESTESIN 1% SV 20 mL	
ml		FORANE	ISOFORINE	FRA/AMP		XYLESTESIN 2% SV 20 mL	
ml	40	FLUOTHANE	TANOHALO	FRA/AMP	01	XYLESTESIN 2% CV 20 mL	
ml		SEVORANE	SEVOCRIS	FRA/AMP	02	XYLESTESIN 2% ISOBÁRICA 5 mL	
FRA/AMP	03	CEFAZOLINA 1 G	KEFAZOL	AMP	03	XYLESTESIN SPRAY	
BOLSA		METRONIDAZOL 5mg/mL		G	30	XYLESTESIN GELÉIA	
AMP		GENTAMICINA 40 mg/mL	HYTAMICINA 40 mg/mL			NISTATINA POMADA	
FRA/AMP		CEFALOTINA	KEFLIN	G		NEOMICINA POMADA	
AMP		ROPI 2mg/mL 20 mL	NAROPIN 2mg/mL 20 mL	G		FIBRASE POMADA	
AMP		ROPI 10mg/mL 20 mL	NAROPIN 10mg/mL 20 mL	G		TERRAMICINA POMADA	
AMP				G		TOBREX POMADA	
AMP	01	ALFAST 0,544 mg/5 mL	RAPIFEN 0,544 mg/5 mL	G		REPARIL GEL	
AMP		MIDAZOLAN 5 mg 5 mL	DORMONID 5 mg 5 mL	G		FURACIN POMADA	
AMP		MIDAZOLAN 15 mg 3mL	DORMONID 15 mg 3mL	G		TROFORDEMIN POMADA	
AMP				G		EPITEZAN POMADA	
AMP		ETOMIDATO 2 mg/mL		ml		FURACIN 0,2% SOL	
FRA/AMP	01	SUCCINIL COLIN 100 mg					
AMP		DIMORF 0,2 mg 1 mL		AMP		FUROSEMIDA 20 mg 2 mL	
AMP		DIMORF 1 mg 2 mL		FRA/AMP		LIQUEMINE 5000 UI /FR	
FRA/AMP	01	PRECEDEX					
AMP	03	FENTANEST 0,05 mg/mL	FENTANIL 0,05 mg/mL	FRA/AMP	01	HIDROCORTISONA 500 mg	
FRA/AMP		ULTIVA 2 mg		AMP		DEXAMETASONA 4mg/mL 2,5 mL	
AMP		NARCAN 10 mg/mL					
AMP	01	NUBAIN 10 mg/mL		FRA/AMP		BEXTRA 40 mg	
AMP		DOPAMINA	INOTROPISA	AMP	01	RANITIDINA 50 mg 2mL	
AMP		HYDREN 1 mg 1mL	ADRENALINA 1 mg 1mL	FRA/AMP		OMEPRAZOL 40 mg	
AMP		FLUMAZENIL 0,5 mg 5 mL		AMP		NILPERIDOL	
AMP		TRAMADOL 50 mg/mL 1 mL	TRAMADON 50 mg/mL 1mL	AMP		FENILEFRINA	
AMP	01	TRAMADOL 50 mg/mL 2 mL	TRAMADON 50 mg/mL 2 mL	SERINGA		CLEXANE 20 MG	
AMP		FASTFEN 50mcg 1mL	SULFENTANILA 50mcg 1 mL	SERINGA		CLEXANE 40 MG	
AMP		FASTFEN 5mcg 2 mL	SULFENTANILA 5mcg 2 mL			CAPTOPRIL 25 mg	
AMP		FASTFEN 50mcg 5 mL	SULFENTANILA 50mcg 5mL	UNI		ISORDIL 5 mg SUB LING	
AMP				UNI		ADALAT 10 mg GEL	
AMP		EFEDRIN 50 mg/mL		UNI			
FRA/AMP		CETOPROFENO 100 mg					
FRA/AMP		TILATIL 20 mg	TENOXICAN 20 mg				
FRA/AMP	01	DOLOSAL 50 mg/mL	DOLANTINA 50 mg/mL	ml		AZUL DE METILENO	
AMP	03	PROTIGMINE 0,5 mg/mL	NORMASTIGUE 0,5 mg/mL			CONRAY	
AMP		HYTROPIN 0,25 mg/mL	ATROPINA 0,25 mg/mL	FRASCO		IOPAMIRON	
AMP	01	ONDASENTRONA 8 mg/mL	NAUSEDRON 8 mg/mL	FRASCO			
AMP	02	HYNALGIN 500 mg/mL	NOVALGINA 500 mg/mL	FRASCO		ACIDO GRAXO 50 mL	

Rua Barão de Macaé, 288 - Centro - CEP: 67.020-360 - Macaé - Alagoas - Brasil.
Fone: (55) - 82 - 2123 - 6000 Ramal - 6341/6020
CNPJ: 12.307.197/0001-60 - Inscricao Estadual: 24.054.180-4

UNID	QTD	DESCRIÇÃO	QTD
FRA	04	ÁGUA BIDESTILADA 10 mL	1111
FRA		ÁGUA BIDESTILADA 1000 mL	
FRA		SOL FISIOLÓGICO 0,9% 250 mL	
FRA	01	SOL FISIOLÓGICO 0,9% 500 mL	plei
FRA		SOL FISIOLÓGICO 0,9% 1000 mL	
FRA	06	SOL RINGER 500 mL	11111
FRA		SOL DE GLICOSE 5% 250 mL	
FRA		SOL DE GLICOSE 0,5% 500 mL	
FRA		GELAFUNDIN	
FRA		SOL MANITOL 3% 2000 mL	CEOP
FRA		SOL MANITOL 20% 250 mL	
AMP		SOL GLICOSE 25% 10 mL	* 01 Memotatic Reserente 50x75 mm
AMP		SOL GLICOSE 50% 10 mL	* 01 kit Duraseol 3ml
AMP		SOL CLORETO DE SÓDIO 20% 10 mL	* 03 Compressas quirúrgicas BIO-Sponge

Actifuse® 10 ml
STERILE R
Granule size: 2-5 mm
REF 203001
LOT N2E0507X
0086
LOT ELS80G028LG
REF
506005078026
0324 25002 R1

Silicate Substituted Calcium Phosphate
Expiry date: 2017-12
10 - 70 % Relative Humidity
15°C - 40°C Store between 15°C - 40°C
Do not use if package is damaged
Do not reuse
Do not re-sterilize
Patented: US 6,312,464; EU 0001941; 011 17626
Made in the U.K. Manufactured by Aptech Ltd.
370 Commercial Avenue, Esher, WGB 37 J. Tel +44 (0)1871 4840

UNID	QTD	DESCRIÇÃO	QTD
AMP		NAOX 5 UI/mL	AMP
AMP		METHERGIN 0,2 mg/ 1 mL	mL
AMP		FENILEFRIN 10 mg/mL	GOTAS
FRA		TRANSAMIN 250 mg/5mL	AMP
FRA		CLAMP	UND
FRA		PULSEIRA	UND
UND		COTONETE	UND
UND		PERFURADOR DE MEMBRANA	

FOI UTILIZADO ÓRTESE E PRÓTESE? SIM NÃO

UNID	QTD	DESCRIÇÃO	QTD
UND		DRENO DE TÓRAX. N°	TELA
UND		CIMENTO ÓSSEO	BIODRENO N°
UND	01	Pinça Bipolar Codman	DRENO DE BLAKE
UND	01	Pinça de dissecação	RESERVATÓRIO TIPO PERA
UND	01	Pinça de dissecação	PINÇA
UND		Pinça de dissecação	CARGAS

CIRURJANTE: Antonio Velloso + Kotiline ENFERMEIRA:
MÉDICO: Solo-4

FARMÁCIA SATÉLITE: FATURAMENTO: