



Número: **0008552-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO (AUTOR)		ROMICEDES SILVESTRE TOME (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59917213	27/03/2020 15:27	2707471_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00085521920208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **15/10/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 16/10/2019.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

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



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frise-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.



A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁴, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

² RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁴ “PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a**

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



Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁵.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁶

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Súmula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor. (TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁵“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁶art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 18 de março de 2020.

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



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00085521920208172001.

Rio de Janeiro, 18 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0008552-19.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

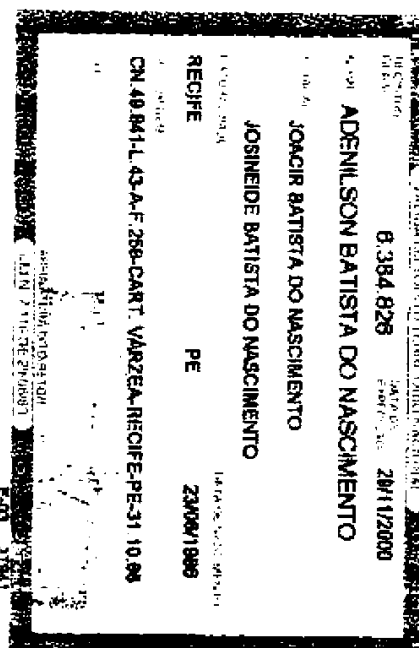
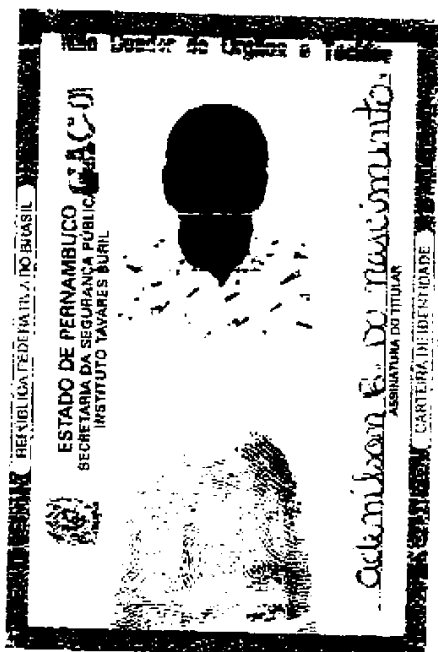
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

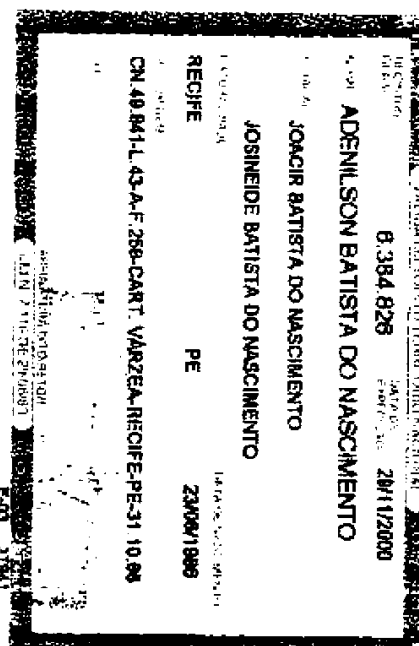
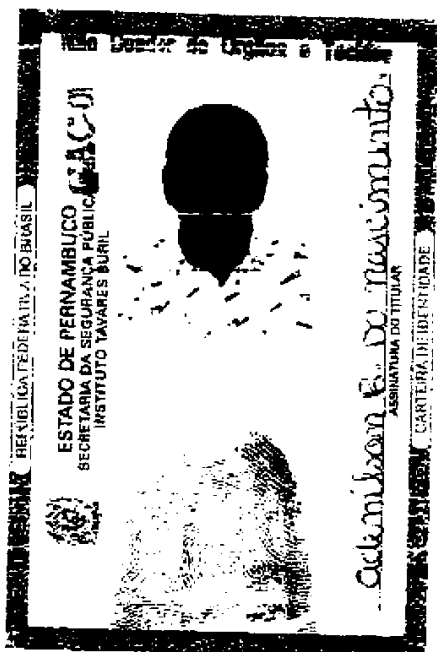
Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO (AUTOR)		ROMICEDES SILVESTRE TOME (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59917 216	27/03/2020 15:27	ANEXO 1	Outros (Documento)









RÉCIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Convênios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0440459/19

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

CPF: 060.799.324-31

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 15/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IMI
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO : 060.799.324-31

Autenticação de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

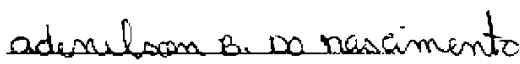
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2019
Nome: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO
CPF: 060.799.324-31


ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61


RAIANNE SILVA BARBOSA



RÉCIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Convênios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0440459/19

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

CPF: 060.799.324-31

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 15/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IMI
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO : 060.799.324-31

Autenticação de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

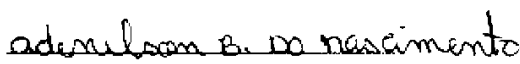
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2019
Nome: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO
CPF: 060.799.324-31


ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61


RAIANNE SILVA BARBOSA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022877

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO

Data do acidente: 15/10/2019

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG 01

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. P.01

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022877

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO

Data do acidente: 15/10/2019

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG 01

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. P.01

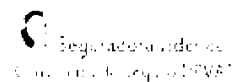
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0440459/19

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

CPF: 060.799.324-31

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 15/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO : 060.799.324-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2019
Nome: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO
CPF: 060.799.324-31

Responsável pelo cadastramento na seguradora

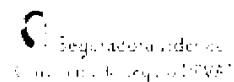
Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019522/20

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

CPF: 060.799.324-31

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 15/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO : 060.799.324-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/01/2020
Nome: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO
CPF: 060.799.324-31

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

RAIANNE SILVA BARBOSA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022877

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

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 15367760





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200022877 Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 10/01/2020, emitido pelo Dr. GABRIEL FREIRE MONTEIRO CRM nº 18412 - PE, da Instituição ORTO CLINICA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

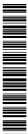
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01617/01618 - carta_31 - INVALIDEZ

00060809



Carta nº 15381556



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ **DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)** ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **MORTE**

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 060.799.324-31 4 - Nome completo da vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 060.799.324-31
7 - Profissão: AX. SERVIÇOS GERAIS 8 - Endereço: RUA IGUAÇU 9 - Número: 63 10 - Complemento: CASA B
11 - Bairro: TORRÕES 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50640-450
15 - E-mail: PRADO12320 16 - Tel.(DDD): (21) 9.88634983

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 54697 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF (legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 09/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Adenilson B. do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

FPS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **MORTE**

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 060.799.324-31 4 - Nome completo da vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 060.799.324-31
7 - Profissão: AX. SERVIÇOS GERAIS 8 - Endereço: RUA IGUAÇÁ 9 - Número: 63 10 - Complemento: CASA B
11 - Bairro: TORRÕES 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50640-450
15 - E-mail: PRADO12320 16 - Tel.(DDD): (81) 9.88634983

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 54697 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF (legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 09/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Adenilson B. do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096006504**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/10/2019** às **16:49**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/10/2019** às **15:45**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ISAAC MARKMAN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
BAIRRO DE BONGI (BAIRRO), 1 - Bairro: BONGI - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSINALDO (AUTOR / AGENTE)
ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSINALDO
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ADENILSON
BATISTA DO NASCIMENTO

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

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSINEIDE BATISTA DO NASCIMENTO Pai: JOACIR BATISTA DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 23/6/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6384826/SSP/PE (RG), 06079932431 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 988534983

Endereço Residencial: **RUA IGUARACI, 63 - CEP: 55000-000 - Bairro: TORROES - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSINALDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Profissão: POLICIAL MILITAR Telefones Celulares: - 988040101 - 999987876

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

CARRO DE PLACA PCZ 1210 (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSINALDO Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/VW/GOL Objeto apreendido: Não Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Descrição: **CARRO DE PLACA PCZ 1210**

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO, que estava



em posse do(a) Sr(a): **ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **OUTRA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Descrição: **BICICLETA**

Complemento / Observação

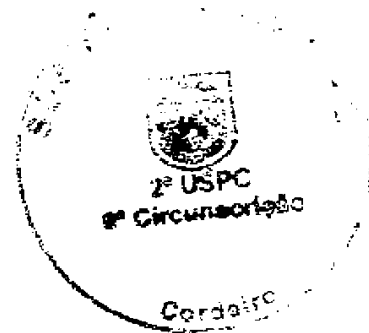
ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA RELATANDO QUE NO DIA 15/10/2019 VINHA COM SUA BICICLETA PELA CICLOVIA DA RUA ISAAC MARKMANQUANDO DE REPENTE O AUTOR, QUE VINHA CONDUZINDO O VEÍCULO DE PLACA PCZ 1210, SAIU DE UMA RUA PARALELA SEM OBSERVÁ-LO E BATEU NA SUA BICICLETA FAZENDO COM QUE O MESMO CAISSE NA REFERIDA VIA LHE CAUSANDO LESÕES NO SEU PÉ ESQUERDO. INFORMA AINDA QUE APÓS O ACIDENTE FOI SOCORRIDO PELO PRÓPRIO CONDUTOR DO VEÍCULO PARA O HOSPITAL ESPERANÇA SENDO ATENDIDO PELO MÉDICO WILTON MATOS DA PAZ FILHO ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CRM/PE N° 26617.

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

x Adenilson B. do Nascimento

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE APOLÔNIO DE LYRA NETO** - Matrícula: **350546-4**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **MORTE**

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 060.799.324-31 4 - Nome completo da vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 060.799.324-31
7 - Profissão: AX. SERVIÇOS GERAIS 8 - Endereço: RUA IGUAÇU 9 - Número: 63 10 - Complemento: CASA B
11 - Bairro: TORRÕES 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50640-450
15 - E-mail: PRADO12320 16 - Tel.(DDD): (21) 9.88634983

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 54697 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

36 - CPF (legível de quem assina a pedido (a rogo): _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 09/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Adenilson B. do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

FPS.001 V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DÁMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

060.799.324-31 ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 060.799.324-31
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
AX. SERVIÇOS GERAIS RUA IGUAÇÁ 63 CASA B
11 - Bairro: TORRÕES 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50640-450
15 - E-mail: PRADO12320 16 - Tel.(DDD): (21) 9.88634983

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 54697 5 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF (legível de quem assina a pedido (a rogo))

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Recife 09/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Procedência

☐ Domicílio ☐ Outro Hospital ☐ Home Care ☐ Outros:

* Caso procedente de outro hospital, home care ou clínica de hemodiálise, seguir protocolo de medidas de precaução de contato da CCIH.

Horário do início do atendimento SMART : h Horário do início do atendimento leito : h

QUEIXA PRINCIPAL:

SSVV: FR FC PA

SATURAÇÃO O2 TEMPERATURA:

DOR SIM () NÃO LOCAL DA DOR RE @ INTENSIDADE (ESCALA DE EVA):

Alergias ☐ Sim ☒ Não Quer:

Assin Enfermagem

UNIDADE DE CUIDADO DO
NASCIMENTO
Nº 22.000.1908 - 33.136.428
Nº 17.728 - ANIL - Sexo: M
Entrada: 15/10/2018 - Hora: 15:55
Matrícula: 075949497
N. Soc:
ORTOPEDIA
Leito: URGEM
1784828

Horário do início do atendimento médico 16:08 h

MA:

Antecedentes

HAS ☐ Sim ☒ Não Tabagismo ☐ Sim ☒ Não
DM ☐ Sim ☒ Não Etillismo ☐ Sim ☒ Não
Asma/DPOC ☐ Sim ☒ Não Angina/IAM ☐ Sim ☒ Não
AVC ☐ Sim ☒ Não Dist. coag. ☐ Sim ☒ Não
Convulsões ☐ Sim ☒ Não Neoplasia ☐ Sim ☒ Não
IRA/IRC ☐ Sim ☒ Não Uso de QT ☐ Sim ☒ Não
Outros:

Alergia ☐ Sim ☒ NãoInternamento último 90 dias ☐ Sim ☒ Não

Motivo:

Uso de ATBs nos últimos 60 dias ☐ Sim ☒ Não

Quais:

Cirurgias Prévias ☐ Sim ☒ Não

Quais:

História de Doença Psiquiátrica ☐ Sim ☒ Não

Nível de Risco:

H.D.A

Percurso sobre estafilococo há 10 min
entrou a de e da ferida em RE @

Medicamentos em uso

Neger

Exame físico

Geral: Temperatura °C

ORL:

AR: FR irpm

ACV: PA / mmHg FC bpm

ABD:

SN:

Extremidades:

Hipóteses diagnósticas

1- Trauma RE @

CID 10:



ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Procedência

☐ Domicílio ☐ Outro Hospital ☐ Home Care ☐ Outros:

* Caso procedente de outro hospital, home care ou clínica de hemodiálise, seguir protocolo de medidas de precaução de contato da CCIL.

Horário do início do atendimento SMART : h Horário do início do atendimento leito : h

QUEIXA PRINCIPAL:

SSVV: FR FC PA

SATURACÃO O2 TEMPERATURA:

DOR SIM () NÃO LOCAL DA DOR RE @ INTENSIDADE (ESCALA DE EVA):

Alergias ☐ Sim ☒ Não Quer:

Assin Enfermagem

Horário do início do atendimento médico 16:08 h

MA:

Antecedentes

HAS ☐ Sim ☒ Não Tabagismo ☐ Sim ☒ Não
DM ☐ Sim ☒ Não Etillismo ☐ Sim ☒ Não
Asma/DPOC ☐ Sim ☒ Não Angina/IAM ☐ Sim ☒ Não
AVC ☐ Sim ☒ Não Dist. coag. ☐ Sim ☒ Não
Convulsões ☐ Sim ☒ Não Neoplasia ☐ Sim ☒ Não
IRA/IRC ☐ Sim ☒ Não Uso de QT ☐ Sim ☒ Não
Outros:

Alergia ☐ Sim ☒ Não
Internamento último 90 dias ☐ Sim ☒ Não
Motivo:
Uso de ATBs nos últimos 60 dias ☐ Sim ☒ Não
Quais:
Cirurgias Prévias ☐ Sim ☒ Não
Quais:
História de Doença Psiquiátrica ☐ Sim ☒ Não
Nível de Risco:

H.D.A

Pericardite aguda, dor no peito e dificuldade em respirar

Medicamentos em uso

Neger

Exame físico

Geral: Temperatura °C

ORL:

AR: FR irpm

ACV: PA / mmHg FC bpm

ABD:

SN:

Extremidades:

Hipóteses diagnósticas

1- Trombose PE @

CID 10:



DADOS DO CLIENTE

Nome do Cliente: [vazio]

Endereço do Cliente: [vazio]

CLASSIFICAÇÃO DE RESERVA FISCAL

CLASSIFICAÇÃO	DATA	VALOR
Reserva Fiscal	31/10/2019	178,68
Reserva Fiscal	31/10/2019	178,68

ENDEREÇO DA UNIDADE CONTIDORA

Endereço da Unidade Contidora: [vazio]

Endereço da Unidade Contidora: [vazio]

Endereço da Unidade Contidora: [vazio]

Endereço da Unidade Contidora: [vazio]

Endereço da Unidade Contidora: [vazio]

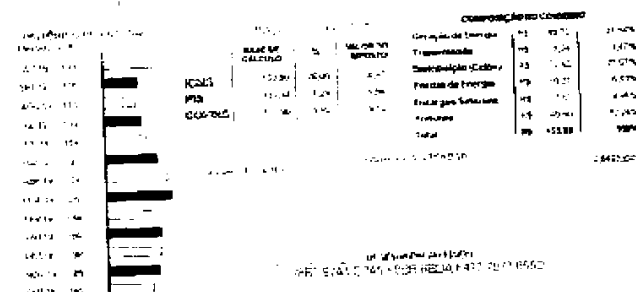
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
1. Energia elétrica	1,00	178,68	178,68
2. Energia elétrica	1,00	178,68	178,68
3. Energia elétrica	1,00	178,68	178,68
4. Energia elétrica	1,00	178,68	178,68
5. Energia elétrica	1,00	178,68	178,68
6. Energia elétrica	1,00	178,68	178,68
7. Energia elétrica	1,00	178,68	178,68
8. Energia elétrica	1,00	178,68	178,68
9. Energia elétrica	1,00	178,68	178,68
10. Energia elétrica	1,00	178,68	178,68

Valor Total: 178,68

DEMONSTRATIVO DO CONTABILIZADO DESTA NOTA FISCAL

ITEM	Tipo da Operação	Anterior	Atual	Debitado	Crédito	Saldo
1	100	178,68	178,68	178,68	178,68	0,00



INFORMAÇÕES DE INTERESSE

Informações de interesse: [vazio]

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:27:39

TIPO DA OPERAÇÃO	VALOR UNIT.	QUANTIDADE	VALOR TOTAL
100	178,68	1,00	178,68

2. Empresa de Engenharia e Projetos Ltda.
 Av. Carlos de Almeida, 111 - Jd. Santa Helena - Fone: (11) 9 50010-602
 CNPJ: 06.905.922/0001-01 - Inscrição Estadual: 130.905.922-01

DADOS DO CLIENTE

Nome: [Nome do Cliente]

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

Endereço: [Endereço da Unidade Consumidora]

CLASSIFICAÇÃO DE REGISTRO

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	PERÍODO
7000504283	31/10/2019	31/10/2019
Valor	Unidade	Valor
178,68	R\$	178,68

Nº da Unidade Consumidora: 7000504283
 Data de Vencimento: 31/10/2019
 Data de Emissão: 25/11/2019
 Valor a Pagar: 178,68

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
Consumo de Energia Elétrica	1,00	178,68	178,68
Imposto de Renda	1,00	178,68	178,68
Imposto de Renda	1,00	178,68	178,68
Imposto de Renda	1,00	178,68	178,68
Imposto de Renda	1,00	178,68	178,68

DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	Anterior	Atual	Variação	Consumo (kWh)
12345678	1	123456	123457	1	1

Descrição	Valor	Porcentagem
Consumo de Energia Elétrica	178,68	100%
Imposto de Renda	178,68	100%
Imposto de Renda	178,68	100%
Imposto de Renda	178,68	100%
Imposto de Renda	178,68	100%

INFORMAÇÕES DE INTERESSE

O consumidor deve pagar a taxa de energia elétrica de acordo com o valor fixado no contrato de fornecimento de energia elétrica. O valor da taxa de energia elétrica é de R\$ 178,68. O valor da taxa de energia elétrica é de R\$ 178,68. O valor da taxa de energia elétrica é de R\$ 178,68.

Descrição	Valor	Porcentagem
Consumo de Energia Elétrica	178,68	100%
Imposto de Renda	178,68	100%
Imposto de Renda	178,68	100%
Imposto de Renda	178,68	100%
Imposto de Renda	178,68	100%

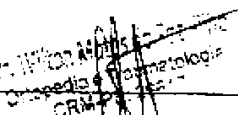
ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO
Nome: 23/06/1986 - 33a4m5d
Reg: 1784828 - Pront: 500479200
FIL7/28 - AMIL - Sexo: M
Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55
Matricula: 076949497
N. Soc.:
ORTOPEDIA
Leito: URGEM

- HOSPITAL ESPERANÇA -

LAUDO MÉDICO

O paciente **ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO (PRONTUÁRIO 479200 / REGISTRO 1784828)**, 33 anos, vítima de atropelamento (carro x bicicleta) em pé esquerdo há +/- 30 minutos, evoluindo com dor e deformidade em pé esquerdo. Sendo verificado através de **RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO** a presença de **FRATURAS no 2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS ESQUERDOS**. Foi optado inicialmente pelo tratamento conservador no qual o paciente teve o membro inferior esquerdo imobilizado com tala bota e realizado medicações para controle do quadro algico. O paciente teve melhora algica, recebendo alta hospitalar e sendo orientado acompanhamento ambulatorial com especialista em pé.

Recife, 15/10/2019


Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15.123

HOSPITAL ESPERANÇA - Rua: Antônio Gomes de Freitas, 265, Ilha do Leite, Recife - PE.
CEP: 50.070-480



ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Procedência

☐ Domicílio ☐ Outro Hospital ☐ Home Care ☐ Outros:

* Caso procedente de outro hospital, home care ou clínica de hemodiálise, seguir protocolo de medidas de precaução de contato da CCIH.

Horário do início do atendimento SMART : h Horário do início do atendimento leito : h

QUEIXA PRINCIPAL:

SSVV: FR FC PA

SATURACÃO O2 TEMPERATURA:

DOR AT SIM () NÃO LOCAL DA DOR RE (E) INTENSIDADE (ESCALA DE EVA):

Alergias ☐ Sim ☒ Não Quais:

Assin. Enfermagem

Horário do início do atendimento médico 16:08 h

MA:

Antecedentes

HAS ☐ Sim ☒ Não Tabagismo ☐ Sim ☒ Não
DM ☐ Sim ☒ Não Etilismo ☐ Sim ☒ Não
Asma/DPOC ☐ Sim ☒ Não Angina/IAM ☐ Sim ☒ Não
AVC ☐ Sim ☒ Não Dist. coag. ☐ Sim ☒ Não
Convulsões ☐ Sim ☒ Não Neoplasia ☐ Sim ☒ Não
IRA/IRC ☐ Sim ☒ Não Uso de QT ☐ Sim ☒ Não
Outros:

Alergia ☐ Sim ☒ Não
Internamento último 90 dias ☐ Sim ☒ Não
Motivo:
Uso de ATBs nos últimos 90 dias ☐ Sim ☒ Não
Quais:
Cirurgias Prévias ☐ Sim ☒ Não
Quais:
História de Doença Psiquiátrica ☐ Sim ☒ Não
Nível de Risco:

H.D.A

Percurso relatado anteriormente há 10 min;
exatidão cl. de e de intensidade em RE (E)

Medicamentos em uso

Aspirina

Exame físico

Geral: Temperatura °C

ORL:

AR: FR lpm

ACV: PA / mmHg FC bpm

ABD:

SN:

Extremidades:

Hipóteses diagnósticas

1. Trauma RE (E)

CID 10:



☐ ES1	Paciente requer intervenção imediata? - Inresponsivo, apnéia, entubado (ou que precise ser entubado) sem pulso(PCR), anafilaxia, sofrimento respiratório, trauma grave/queda sem resposta, afásico, dor no peito com sudorese/palidez, instabilidade, hemodinâmica.
☐ ES2	Suspeita de SCA, SIRS, confusão letárgico, sinais de AVC (hemiparesia), dor intensa (7 a 10), gravidez ectópica estável, QT com febre, intoxicação exógena.
☐ ES3	2 ou mais recursos
☐ ES4	1 recurso
☐ ES5	Nenhum recurso

EXAME SOLICITADOS	RECEBIMENTO LABORATORIO	RESULTADO DOS EXAMES
☐ HEMATOLOGIA/BIOQUÍMICA	☐ COLETA ____:____ HS	
☐ GASOMETRIA	☐ COLETA ____:____ HS	
☐ EAS	☐ COLETA ____:____ HS	
☐ LDF	☐ COLETA ____:____ HS	
☐ Parecer _____	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
☐ ECG	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
☐ LCR	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
☐ TC	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
☐ RNM	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
☒ RADIOGRAFIA	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
☐ USG	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	

Prescrição							
Hora	Medicação	Apresentação	Quantidade	Via	Médico	Hora Adm.	Técnico
16:09	1) Zonac 100mg/100ml SFC 9/12 EV				Dr. Wilson Batista do Nascimento Ortopedia e Traumatologia CRMPE: 25617	16:50	HR454390
17:45	2) Zonac 100mg/100ml SFC 9/12 EV				Dr. Wilson Batista do Nascimento Ortopedia e Traumatologia CRMPE: 25617	18:30	HR454390

ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO
Nasc: 22/06/1986 - 205167224
Reg: 15/08/2019 - 15/08/2019
CRMPE: 25617 - Sexo: M
15/08/2019 - Hora: 15:55



Anotações de enfermagem

Pte admitido neste serviço com queixa de dor ede-
ma em pé exp. após Trauma. Realizado Rx após avalia-
ção do ortopedista. Medicado conforme prescrição médi-
ca, punção de AUP em MSE, Cateter 22 com urto. Solici-
tado internamento cirúrgico, segue as cuidados da
equipe. Orientado e realizado quanto ao risco de
queda.

Ana Raíssa Barbosa Silva
Coren-PE 434300 - ENF

05/18:30 Realizado imobilização com - com
abertura de janela conforme prescrição mé-
dica. 03 gesso / 03 crepe / 02 met. malha 10cm.
Segue 15cm 15cm 10cm
as cuidados da enfermagem. 18:30

Luva Proc (Par):	Equipo Simples (Unid.):
Luva Estéril (Par):	Equipo p/ Med (Bic):
Capote:	Seringa 10cc:
Fraldão:	Seringa 5cc:
Algodão Hidrof (Parc. 100g)	Seringa 3cc:
Aguilha 13x4,5:	Seringa 1cc:
Aguilha 25x7:	Cateter (Punção Periférica) Nº:
Aguilha 25x8:	Polifit:
Aguilha 25x1,20:	Iv Fix:
Aguilha 40x12:	Microclave:

MONITORAMENTOS

Hora	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00
FR											18													
PA											120													
FC											72													
TEMP°C											36,2													
GLUCEMIA-HGT																								
SATO ₂											98													
EVA											10													

SCORE DA DOR (EVA)

LEVE	MODERADA	INTENSA

RISCOS	CONDIÇÕES
☒ QUEDA	☒ GRADES ELEVADAS, AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO, IDENTIFICA
☒ FLEBITE	☒ TROCA DO ACESSO 72h

RECEBIMOS DA: []
INDICADO: []
Nº: 27/03/2020 - 15:27:39
RASCOS: []
RASCOS: []



REAVALIAÇÃO MÉDICA

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

LEVE

MODERADA

INTENSA

Hora	Dor	Sim () Não ()	Escala de Dor (EVA):
14:00	Re avaliação de fto de 2 ^o -3 ^o -4 ^o -5 ^o MTTs		co: Internamento p/ tto cirurgico
14:13	paciente retornou melhor de queda c/ gnr, entra em contato c/ Dr. Gabriel Monteiro (amigo) que opta pelo tto conservador.		co: Alter Hospitalar sob observação de M

Dr. Wilton Moraes de Sá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 26417

Dr. Wilton Moraes de Sá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 26417

Diagnóstico final do serviço de emergência

1 -	CID 10:
2 -	CID 10:
3 -	CID 10:
4 -	CID 10:

Horário de Conclusão do Atendimento

Destino do paciente

☒ Alta hospitalar	☐ Alta a pedido	☐ Evasão	☐ Óbito	☐ Transferência
☒ Internamento	☐ Uti	☐ Apartamento	☐ Encaminhamento a outra especialidade	

HISTÓRICO DE INTERNAÇÃO DO
NOME: GABRIEL MONTeiro
Nascimento: 20/06/1996 - 206cm/22kg
Data de Admissão: 15/10/2018 - Sexo: M
Data de Alta: 15/10/2018 - Hora: 15:55
Matrícula: 076949497
N. Soc:
ORTOPEDIA
Leitor: [assinatura]



IDENTIFICACAO DO
PACIENTE
Nº: 22/000-1936 - 35.1.10220
FIL/728 - FIL - Sexo: M
Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55
Matricula: 076949497
N. Soc:
ORTOPEDIA
Leito: URGEM

Sequente

- ① Rx de Pernão (e) CAP (Perfil)
- ② Rx de Pé (e) (AP/Oblíqua)
- ③ Rx de Sola (AP)
- ④ Rx de Janela (e) CAP (Perfil)

25/10/19

Dr. Wilson Mendes do Rego Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 26617



REDE LOR SÃO LUIZ	FORMULÁRIO/ INSTITUCIONAL				Página 1/1	ESPERANÇA
	Elaboração 03/09/2014	Efetivação 25/04/2017	Código: HES.INS.FOR.50	Versão: 02		

ADMISSÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		RECEBIMOS EM CARTÃO DO TAC / IMPLANTO N.º 11.114.1300 - 23.02.2014 AMIL726 - AMIL - Sexo: M Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55 Matrícula: 076949497 N.º 500 ORTOPEDIA Leito: URGEM
NOME COMPLETO:		
DATA DE NASCIMENTO: / /		
REGISTRO:		
DATA DA ADMISSÃO: / /		

ANAMNESE

MÉDICO ASSISTENTE:	FONE:
--------------------	-------

QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO: dor em pé (E)

H.D.A.: ferimento vindo do ortoplasta há 1 h,
 orelha d. de dor e dificuldade ao pé (E)

Rx = fr de metatarsos (E)

EXAME FÍSICO: dor em 24/44 pé (E)

AR: FR _____ rpm SaO₂: _____

TEMPERATURA: _____ °C

ACV: PA _____ / _____ mmHg FC _____ bpm

ABD:

SNC:

EXTREMIDADES:

RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA -

MEMÓRIA:

Dr. Wilton Moura Jr. - FRCR
 Ortopedia e Traumatologia
 26811



REDE FOR SÃO LUIZ	FORMULÁRIO / INSTITUCIONAL			 ESPERANÇA
	Vigência 15/07/2022	Revisão 01	Código HES.INS.FOR.054	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM				

☒	RISCO DE QUEDA EVIDENCIADO PELO SCORE DA ESCALA DE MORSE E/OU USO DE MEDICAÇÕES POTENCIALIZADORAS
CD:	☒ RISCO MÉDIO ☐ RISCO ALTO
	☒ ORIENTAÇÕES REALIZADAS QUANTO O RISCO DE QUEDA.
	☒ CAMA TRAVADA.
	☒ GRADES ELEVADAS.
	☒ SINALIZAÇÃO DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO.
☒	☐ DEAMBULAR COM AUXILIAR
☒	RISCO DE DOR AGUDA RELACIONADO A <u>dor em pé esq.</u> EVIDENCIADO PELO SCORE de EVA
CD:	☒ MONITORAR SCORE DE DOR (EVIDENCIANDO INTENSIDADE, LOCAL, CARACTERÍSTICAS).
☒	RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO RELACIONADO A FATORES DE RISCOS INTRÍSECOS E/OU COMPLEXIDADE DE PROCEDIMENTO
CD:	☐ CLASSIFICAR RISCO DE TEV NAS PRIMEIRAS 24h.
	☒ REAVALIAR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO A CADA 48h.
	Risco
CD:	☐
	☐
	Risco
CD:	☐
	☐

Ana Rafaela Barbosa Silva
Cezar-PE 454390-ENF

Assinatura/carimbo
Enfermeiro

REVISÃO	DESCRIÇÃO SUMÁRIA	DATA
Versão: 02	Formatação	15/07/2019

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
	Seleni Coordenação de Enfermagem



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Ex de workentenses @

CONDUTA / PLANO TERAPÊUTICO

Analgesia e Hto cirúrgica

Dr. Wilton Moraes do Poço Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.266-17

PROTOCOLOS

☐ SEPSE	☐ DOR TORÁCICA	☐ AVC	☐ PAC	☐ ITU
☐ ASSISTÊNCIA AO PARTO	☐ HEMORRAGIA DIGESTIVA	☐ IDOSO FRÁGIL	☐ CUIDADOS PALIATIVOS	
☐ CONTROLE GLICÊMICO	☐ TEV	☐ PNM NA CRIANÇA	☐ ASMA NA CRIANÇA	

EXAMES SOLICITADOS

☐ USG	☐ TC	☐ RM	☐ ECO	☐ EDA
☐ BRONCOSCOPIA	☒ LABORATÓRIO	☐ CINTILOGRAFIA	☐ SWABS DE VIGILÂNCIA	

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

☐ ISOLAMENTO DE CONTATO	☐ ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO	☒ PADRÃO
--	--	--

MEDICAÇÕES PRESCRITAS

☐ DROGA VASOATIVA	QUAL (AIS):	PREVISÃO DE TÉRMINO: _____ DIAS
☐ ANTIBIÓTICO	QUAL (AIS):	

Dr. Wilton Moraes do Poço Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.266-17
MEDICO
(ASSINATURA E CARIMBO)

ELABORAÇÃO

Setor: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO
Nome: ADRIANA PASSOS
Assinatura/Data:

APROVAÇÃO

Setor: DIRETORIA MÉDICA
Nome: ADRIANA PASSOS

Viterbia 15/04/2020



REDE FOR SÃO LUIZ	FORMULÁRIO / INSTITUCIONAL				PÁGINA 1/2	ESPERANÇA
	Vigência 15/07/2022	Revisão 01	Código HES.INS.FOR.054			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM						

NOME		IDENTIFICADOR DO PACIENTE Nº: 1511019 Data de Nascimento: 15/10/1995 Data de Admissão: 15/10/2019 - Hora: 15:55 Matrícula: 876949497 N. Soc: ORTOPEDIA Leito: URGEM
DATA	15/10/19	
REGISTRO		
LEITO		
DIAGNÓSTICO	Fratura de metatarso (5)	

RISCO DE LESÃO DE PELE ASSOCIADO À DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE NO LEITO EVIDENCIADO PELO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN	
CD:	☐ MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3h 08 11 14 17 20 23 02 05 08 11 14 17
RISCO DE ITU EM PACIENTES COM IRC, OLIGÚRICOS	
CD:	☐ SVA 3 X SEMANA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA
RISCO DE FLEBITE ASSOCIADO AO USO DE CATHETER VENOSO CENTRAL E/OU UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA - FOMENTO DE INFECÇÃO DE SÍTIO DE PUNÇÃO	
CD:	☒ TROCA DE AVP A CADA 72h NT 15/10 TROCA 18/10 ☒ TROCA DE EQUIPO A CADA 72h MSE ☒ VIGILÂNCIA DO SÍTIO DE PUNÇÃO
RISCO DE SANGRAMENTO / HEMORRAGIA RELACIONADO A:	
CD:	☐ USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM). ☒ PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: ☐ MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h. ☒ VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.
RISCO PARA DISEMBOIA CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA	
CD:	☐ CLORETO DE POTÁSSIO. ☐ CLORETO DE SÓDIO 20%. ☐ SULFATO DE MAGNÉSIO 50%. ☐ ADRENALINA. ☐ VIGILÂNCIA DE FC/PA. ☐ MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).
RISCO DE HIPOGLICEMIA / HIPERGLICEMIA / COMA RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM	
CD:	☐ INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO. ☐ MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.
RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO À GASTROENTEROINTESTINAL POR SNEGOTIDISFAGIA/IDADE ACIMA DE 65 ANOS/OUTROS	
CD:	☐ MANTER CABECEIRA A 45° 07h - 19h 19h - 07h ☐ ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N. ☐ MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE. ☐ MANTER O USO DE PERÍOGARD EM PACIENTE TQT.



REDE FOR SÃO LUIZ	Vigência 05/06/2022	Revisão 05	Código HES.INS.FOR.001	Página 1/2	ESPERANÇA
----------------------	------------------------	---------------	---------------------------	---------------	-----------

RESUMO DE TRANSFERÊNCIA INTERNA

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE TRANSPORTE (vide protocolo de transporte interno)

- ☐ PACIENTE DE ALTO RISCO (transportar com maculeiro ou técnico de enfermagem, médico e enfermeiro)
- ☐ PACIENTE DE MÉDIO RISCO (transportar com maculeiro, técnico de enfermagem e/ou enfermeiro)
- ☒ PACIENTE DE BAIXO RISCO (transportar com maculeiro e/ou técnico de enfermagem)

IDENTIFICADOR DO
PACIENTE
Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data de Nascimento: 27/03/2020
Sexo: M
Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55
Matrícula: 076949497
N. Soc: 1324624
ORTOPEDIA
Leito: URGEM

MOTIVO DA REMOÇÃO DO PACIENTE

DATA: 15/10/19

- ☐ REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS/EXAMES:
- ☒ TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES:

SETOR DE ORIGEM:

SETOR DE DESTINO:

SETOR DE ORIGEM: OMG

SETOR DE DESTINO: UNI

SBAR é uma técnica de comunicação estruturada criada para transmitir informações de uma maneira breve e sucinta:

S - Situação refere-se a uma descrição concisa do problema (HDA e descrição do que motivou a transferência)

B - Background exige informações breves e pertinentes relacionadas à situação atual (diagnósticos da admissão, comorbidades e cirurgias prévias)

A - Avaliação envolve fornecimento e análise e considerações de opções (avaliação clínica e impressão diagnóstica)

R - Finalizar indica as ações recomendadas (recomendações, medicação em uso e exames/laudos pendentes)

S

(SITUAÇÃO)
• HDA

Horário saída:

Diagnóstico principal: Fratura metatarsos E.

Comorbidades: ☐ HAS ☐ ASMA ☒ DOR ☐ IRC ☐ Deficiente Visual/Auditivo ☐ DM
☐ Outros:

Suporte Ventilatório: ☒ Respiração espontânea ☐ AVM ☐ Oxigenoterapia

Droga Vasoativa: ☐ SIM ☒ NÃO Sedação: ☐ SIM ☒ NÃO

B

(BACKGROUND)

PRECAUÇÃO DE CONTATO: ☒ Padrão ☐ Contato ☐ Respiratório/Aerossol ☐ Respiratório / Gotícula
☐ Imunodeprimido

Riscos: ☐ Alergia ☐ Hipotermia ☐ Disglucemia ☐ Broncoaspiração ☐ Queda ☐ Perda de dispositivo
☐ Lesão de pele ☐ Hipotensão ☐ Suicídio ☐ Outros:

A

(AVALIAÇÃO)
• Avaliação clínica

Horário saída:

PA = x mmHg / FC = bpm / FR = / Sat.O₂ = % / Temp. = °C

Horário chegada:

PA = x mmHg / FC = bpm / FR = / Sat.O₂ = % / Temp. = °C

R

(FINALIZAÇÃO)
• Recomendações
• Medicação em uso
• Exames/laudos pendentes

Pendências: (APENAS NAS TRANSFERÊNCIAS ENTRE EMG / UTI' s / UNI)

Realizar exames: ☒ LAB / ☐ USG / ☐ TAC / ☐ RNM / ☐ EDA / ☐ ECO / ☐ SWAB
☐ Outros:

Procedimentos: ☒ Cirurgias / ☐ Drenagens / ☐ Punção de Acesso Venoso / ☐ Hemocomponentes

Medicações: ☐ ATB / ☐ Insulina / ☐ Anticonvulsivante / ☐ Anticoagulante
☐ Medicação de alto custo ☐ Medicação não padrão

Iniciar dieta: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Outras Pendências:

INTERCORRÊNCIAS DURANTE O TRANSPORTE E / QUANDO SETOR DE DESTINO: ☒ SIM ☐ NÃO

QUAIS?

Assinatura e Carimbo do profissional
(SETOR DE ORIGEM)

Assinatura e carimbo do profissional
(SETOR DE DESTINO)

REVISÃO	DESCRIÇÃO SUMÁRIA	DATA
Versão: 01	Formatação	05/06/2019
ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO	
	Setor: Direção Médica	



	FORMULÁRIO/ INSTITUCIONAL				
	Elaboração 31/05/2010	Efetivação 10/10/2017	Código: HES.INS.FOR.10	Versão: 04	

AVALIAÇÃO DO RISCO DE TEV EM PACIENTE CIRÚRGICO

Especialidade cirúrgica:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Cabeça e pescoço | ☐ Cirurgia vascular | ☐ Ginecologia e Obstetrícia | ☒ Ortopedia |
| ☐ Cardiorrespiratória | ☐ Cirurgia plástica | ☐ Neurocirurgia | ☐ Urologia |
| ☐ Cirurgia geral | ☐ Outra | | |

HD: EX 1175 (E) Data: / /

Nome: Etiqueta do paciente
Data: / /
Hora: : :

☐ Cirurgia de risco alto

- ☐ Artroplastia de quadril
- ☐ Artroplastia de joelho
- ☐ Fratura de quadril
- ☐ Oncológica curativa
- ☐ Trauma raquimedular
- ☐ Politrauma

RISCO ALTO

☐ Cirurgia de porte médio e alto

Idade

> 60 anos ☐

40-60 anos ☐

< 40 anos ☐

Fatores de risco para TEV?

Sim ☐ Não ☐

Fatores de risco para TEV?

Sim ☐ Não ☐

RISCO INTERMEDIÁRIO

☒ Cirurgia de pequeno porte com duração < 60min e internação < 2 dias

- ☐ Endoscópica*
- ☐ Laparoscópica
- ☐ Superficial (mama, plástica, dermatológica)
- ☐ Oftalmológica
- ☐ Outra:

RISCO BAIXO

Contra-indicação impede profilaxia medicamentosa?

- ☐ Sangramento ativo Local:
- ☐ Úlcera péptica ativa Data do Sangramento: / /
- ☐ HAS não controlada (> 180 X 110 mm Hg)
- ☐ Coagulopatia (plaquetopenia ou INR > 1,5) Valor do Exame:
- ☐ Alergia ou plaquetopenia por heparina
- ☐ Insuficiência renal (Cl Cr < 30mL/min) Valor do Exame:
- ☐ Em uso de anticoagulante Qual:

☐ Não

Heparina*	Risco alto	Risco intermediário
☐ HNF	☐ 5.000 U 3x/d	☐ 5.000 U 2x/d
☐ Enoxaparina	☐ 40 mg 1x/d	☐ 20 mg 1x/d

Data início: / / Data final: / /

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ Associação | ☐ Compressão Pneumática Intermitente |
| | ☐ Meia Elástica de Compressão Gradual |
| | ☐ Fisioterapia |

Data início: / / Data final: / /

Tempo de profilaxia recomendado

ATQ e Fratura de quadril	4 a 5 semanas
ATJ	Pelo menos 10 dias
Oncológica*	3 a 4 semanas
Politrauma e TRM	Até recuperação
Demais	7 a 10 dias

Métodos mecânicos

- ☐ Meia Elástica de Compressão Gradual (MECG)
- ☐ Compressão Pneumática Intermitente (CPI)
- ☐ Fisioterapia motora para pernas*
- ☐ Nenhum

Data início: / / Data final: / /
(Reavaliar em 2 dias)

Marcar fatores de risco para TEV presentes

- | | |
|---|--|
| ☐ Câncer | ☐ Insuficiência arterial periférica |
| ☐ Cateteres venosos | ☐ Internação em UTI |
| ☐ D. inflamatória intestinal ativa | ☐ Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²) |
| ☐ Doença respiratória grave | ☐ Paresia ou paralisia de MMII |
| ☐ Doença reumática ativa | ☐ Quimio/Hormonioterapia |
| ☐ Gravidez/puerpério (Não considerar na Cesárea) | ☐ Reposição hormonal/CCH |
| ☐ ICC classe III ou IV | ☐ Síndrome nefrótica ativa |
| ☐ História prévia de TEV | ☐ Trombofilias |
| ☐ Infecção | ☐ Varizes/Insuficiência venosa |
| ☐ Pré-Eclâmpsia | |

* Inclui ressecção prostática transuretral.
* Cl Cr = (Peso em kg) X (140 - Idade) X (0,85 se mulher) / (72) X (Cr) [normal > 80].
+ Em cirurgia bariátrica, considerar doses maiores: enoxaparina 40 mg 2x/dia, nadroparina 5.700 U 1x/dia ou HNF 7.500 U 3x/dia.

Não fez profilaxia. Porque? ☐ Não prescrição ☐ Recusa do paciente ☐ Contra-indicação para profilaxia medicamentosa

Complicações de profilaxia. Qual?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Sangramento intracraniano | ☐ Sangramento retroperitoneal | ☐ Sangramento fatal | ☐ Sangramento que necessitou de transfusão |
| ☐ Sangramento menor | ☐ Plaquetopenia | ☐ Alergia | ☐ Em tratamento com anticoagulante |

Evolução

Internação: ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Transferência ☐ Não apresentou TVP/TEP ☐ TVP ☐ TEP não fatal ☐ TEP fatal Data do TEV: / /

Nos pacientes com múltiplos fatores de risco ou risco alto sugerimos, quando possível, associação de profilaxia mecânica e medicamentosa.

Reavaliação/Mudança de conduta:

Referências: 1. Geerts W et al. Prevention of venous thromboembolism (8th Edition of ACCP Guidelines). Chest 2008; 133:381S-452S; 2. Diretriz Brasileira da Profilaxia de TEV em Paciente Clínico Internado. Disponível online em http://www.projetodiretrizes.org.br/d4_volume/; 3. Rocha AT et al. Obesity Surgery 2006; 14(12):1645-55; 4. Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism in inpatients undergoing surgery (<http://www.nice.org.uk/CG44/>).

ELABORAÇÃO
APROVAÇÃO

Sector: Direção Médica



PRESCRIÇÃO MÉDICA	
-------------------	--

DATA: / / PESO: _____ Kg

Nome: Registro: Data: Hora:	CARIMBO ALERGIAS / PROTOCOLO	CARIMBO ARSENAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA				APRAZAMENTO DA DIETA				
DIETA	VIA ORAL LIVRE			CHECAR	CHECAR	CHECAR	HORA INÍCIO	HORA TÉRMINO
						1ª EDIÇÃO		
						2ª EDIÇÃO		
MEDICAÇÕES	ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO		
	1	JELCO HIDROLISADO						
	2	TRAMAL - 01 AMPOLA + 100ML SF 0,9%	8MG	EV	8/8H			
	3	DIPIRONA - 01 AMPOLA + AD	1G	EV	6/6H			
	4	PANTOCAL - 01 AMPOLA + DILUENTE	40MG	EV	1 X DIA	JEJUM		
	5	ZOFRAN - 01 AMPOLA + 100ML SF 0,9%	8MG	EV	8/8H	SE NÁUSEAS E/OU VÔMITOS		
	6	TYLEX - 01 COMPRIMIDO	30MG	VO	8/8H	S/N		
	7	CCGG + SSVV						
	8	MANTER MIE ELEVADO						
	9	() DERSANI () FRALDÃO () SOAPEX () PRATIDERME () CREME BARREIRA () DERMODEX () REPARIL GEL () CAVILON CREME () CAVILON SPRAY () BEPANTOL EM LÁBIOS () PERIOGARD () CEPACOL () DERMACERUM						
	10							
	11							
	12							
	13							
	14							
	15							
	16							
	17							
	18							
	19							
20								

Dr. Wilson Mota de Faria
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 26617

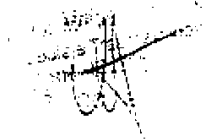


cc Nascimento _____ DEIVILSON ROCHA
15 10 19 5923

X

72111

15 OUTUBRO 2019







ESPERANÇA

PACIENTE: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

USO ORAL

1. NOVALGINA 1G----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, SE DOR

2. FLANCOX 500MG----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12H POR 5 DIAS

3. MIOSAN 5 MG----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 1X/NOITE POR 5 DIAS

USO EXTERNO

4. GELO LOCAL----- 20 MINUTOS

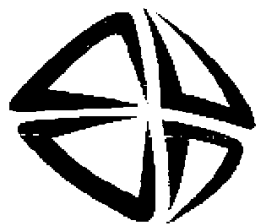
FAZER COMPRESSAS DE GELO DE 4/4 HORAS


(Assinatura do Médico- CREMEPE nº)

Data: 15/10/19

Rua Antônio Gomes de Freitas, 265, Ilha do Leite
Recife – PE, CEP: 50.070-480
tel: (81) 3151-7678 www.hospitalesperanca.com.br





ESPERANÇA

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	
CRM	UF Nº
Endereço Completo e Telefone:	
Cidade:	UF:

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

PACIENTE: **ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO**

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

NOVOTRAM 50 MG 02 CAIXAS

Tomar 01 comprimido via oral de 8/8h, SE DOR FORTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:	
Ident. Org. Emissor:	
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	
	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA

(Assinatura do Médico- CREMEPE nº)

Data: 15/10/19

Rua Antônio Gomes de Freitas, 265, Ilha do Leite
Recife - PE, CEP: 50.070-480
Tel: (01) 2121-7878 www.hospitalesperanca.com.br



OBJETO: EQUIPAMENTO HOSPITALAR

PRESENTE NO CONFORTO DE SUA REABILITAÇÃO

12. Após 30 (trinta) dias de inadimplência o LOCADOR/CONTRATADO optará pela rescisão contratual e acionará advogados ou empresa especializada para proceder com a cobrança do débito de forma amigável, inicialmente, e judicial, caso persistir a inadimplência, cabendo ao LOCATÁRIO/CONTRATANTE arcar, além da multa de 2% (dois por cento), juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IGP-M, com os honorários advocatícios à base de 20% (vinte por cento) acrescido de custas judiciais.

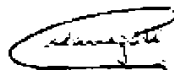
13. O não pagamento das parcelas por mais de 60 (sessenta) dias, implicará no depósito do cheque caução ou cobrança da nota promissória, ficando o LOCATÁRIO/CONTRATANTE isento da devolução do material locado.

14. Ao término do prazo de locação, o locatário se obriga a restituir o equipamento nas mesmas condições que foram locadas.

15. Fica eleito o Foro da cidade de Recife, Estado de Pernambuco, como único competente, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir as questões que surgirem na execução deste contrato.

E por estarem justos e contratados assinam o presente contrato em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos, com as testemunhas a seguir.

Recife, 16 de Outubro de 2019.



LOCATÁRIO

MAFMED - MATERIAIS HOSPITALARES

TESTEMUNHAS:

1) _____

Nome:

CPF:

2) _____

Nome:

CPF:

Rua Arnaldo Bastos, 83 - Madalena - Recife/PE - Fone: (81) 3445-5200/3072-6200 - 99542-0979
WhatsApp 98446-6447 - E-mail: contato@mafmed.com - www.mafmed.com.br - CNPJ 19.949.337/0001-78





CONTRATO DE LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS - PESSOA FÍSICA - Nº 11932

OBJETO: EQUIPAMENTO HOSPITALAR

PRESENTE NO CONFORTO DE SUA REABILITAÇÃO

O presente instrumento de Contrato de Locação de Equipamento Hospitalar, firmando entre as partes abaixo qualificadas, de um lado tendo como, doravante denominada CONTRATADO/LOCADOR a empresa MARCELO A. M. MINGATI MATERIAIS HOSPITALARES - ME (MAFMED), situada a Rua Arnaldo Bastos, nº 83 - Madalena, Recife/PE, inscrita no CNPJ nº 19.949.337/0001-78, representada neste ato, pelo Sr. Marcelo Aurélio Maldonado Mingati ou quem por ele estiver autorizado, tendo de outro lado, como doravante LOCATÁRIO/CONTRATANTE:

Nome do responsável: JOACIR BATISTA DO NASCIMENTO

Data Nascimento: 03/01/1960

Endereço: RUA RIO JABOATÃO, 397 B

Bairro: CORDEIRO

Cep: 50721520

Município: RECIFE

Estado: PE

CNPJ/CPF: 33107351415

RG: 2329703

Telefone: 9. 8316-8269 // 9. 8853-4983

Email:

Endereço Entrega: RUA RIO JABOATÃO, 397 B

Bairro: CORDEIRO

Cep: 50721520

Município: RECIFE

Estado: PE

Telefone: 9. 8316-8269 // 9. 8853-4983

Tem-se por justo e contratado, entre si, o que se estabelece pelas cláusulas abaixo especificadas.

1. Pelo presente instrumento o LOCADOR/CONTRATADO, aluga ao LOCATÁRIO/CONTRATANTE o equipamento abaixo discriminado, e se obriga a locá-los nas condições estabelecidas nesse contrato.

Equipamentos	Período	Valor
13/00078 MULETA CANADENSE (PAR) <i>três unidades múltiplas</i>	16/10/2019 à 16/11/2019	30,00

2. O equipamento acima descrito será utilizado pelo próprio LOCATÁRIO/CONTRATANTE, e ou por pessoa residente no endereço indicada por ele.

3. É de responsabilidade do LOCATÁRIO/CONTRATANTE o pagamento referente a taxa de entrega e recolhimento (frete) de todos os produtos.

4. O LOCATÁRIO/CONTRATANTE pagará ao locador a quantia de R\$ 30,00 (TRINTA REAIS), referente ao período da locação.

5. O reajuste do contrato é a cada 12 (doze) meses conforme IGP-M, a contar da assinatura do presente.

6. Em caso de prorrogação o pagamento deverá ser efetuado diretamente à MAFMED ou depósito em conta da Pessoa Jurídica MARCELO A. M. MINGATI MATERIAIS HOSPITALARES - ME. Banco SANTANDER, Ag. 3749, conta 13002163-1, até a data do vencimento.

7. É imprescindível que se encaminhe o comprovante de pagamento à MAFMED pelo email: contato@mafmmed.com OU via WhatsApp (81) 98446-6447.

8. No ato da locação, como GARANTIA, o LOCATÁRIO/CONTRATANTE emitirá uma nota promissória no valor integral do bem de R\$ 120,00 (CENTO E VINTE REAIS) que será resgatado no momento da devolução do equipamento locado, após constatação do estado de uso.

9. O LOCATÁRIO/CONTRATANTE declara ter recebido o(s) equipamento(s) hospitalar(es) em perfeito estado de uso, funcionamento e conservação, e também explicado o seu procedimento de manuseio, sendo de sua total responsabilidade a manutenção do mesmo, assim como qualquer dano ao equipamento, independente de culpa, fato atípico ou fato natural.

10. Não haverá reembolso no caso dos equipamentos serem devolvidos antecipadamente.

11. Ocorrendo o vencimento, sem o devido pagamento, incidirá no valor da prestação, mora diária de 0,40%, juros de 1% a.m. e multa de 2% a.m.. O LOCADOR/CONTRATADO, a seu critério, optará pelo envio para o SPC e SERASA, devendo o LOCATÁRIO/CONTRATANTE arcar com todas as custas administrativas, previstas na Seção VI do Capítulo V do Código de Defesa do Consumidor.

Rua Arnaldo Bastos, 83 - Madalena - Recife/PE - Fone: (81) 3445-5200/3072-6200 - 99542-0979
WhatsApp 98446-6447 - E-mail: contato@mafmmed.com - www.mafmed.com.br - CNPJ 19.949.337/0001-78





ORTO

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA DEVIDOS FINS QUE O SR. ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO, REALIZOU TRATAMENTO DE FRATURA COMPLEXO DO OSSOS DO ANTE PE ESQUERDO, COM BOA MELHORA CLINICA E RADIOLÓGICA. O MESMO ESTA APTO A RETORNAR AS ATIVIDADES LABORATIVA A PARTIR DO DIA 13/01/2020

EXAME: BOA MOBILIDADE E FORÇA MUSCULAR

RX: FRATURA CONSOLIDADA EM 2º, 3º, 4º E 5º METATARSO

CID: S92.3

DATA 10/01/20

Dr. Gabriel Freire Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM. PR. 18412/56314-203



ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO
Nasc: 23/05/1986 - 33a4-3d
Reg: 1781828 - Pront: 000425200
ADM: 728 - ADM - Sexo: M
Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55
Matrícula: 076949497
N. Soc:
ORTOPEDIA
Leito: URGEM

- HOSPITAL ESPERANÇA -

LAUDO MÉDICO

O paciente **ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO (PRONTUÁRIO 479200 / REGISTRO 1784828)**, 33 anos, vítima de atropelamento (carro x bicicleta) em pé esquerdo há +/- 30 minutos, evoluindo com dor e deformidade em pé esquerdo. Sendo verificado através de **RADIOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO** a presença de **FRATURAS no 2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS ESQUERDOS**. Foi optado inicialmente pelo tratamento conservador no qual o paciente teve o membro inferior esquerdo imobilizado com tala bota e realizado medicações para controle do quadro álgico. O paciente teve melhora álgica, recebendo alta hospitalar e sendo orientado acompanhamento ambulatorial com especialista em pé.

Recife, 15/10/2019

Dr. WILSON M. S. de S. J. R.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.167

HOSPITAL ESPERANÇA - Rua: Antônio Gomes de Freitas, 265, Ilha do Leite, Recife - PE.
CEP: 50.070-480



RED. FOR
SÃO JOSÉ

FORMULARIO / EMERGÊNCIA

Vigência: 05/06/2022 Revisão: 06 Código: HES.EMG.FOR.010 Página: 1/4

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA **GR96 15:55**

Procedência
☐ Domicílio ☐ Outro Hospital ☐ Home Care ☐ Outros: _____

* Caso procedente de outro hospital, home care ou clínica de hemodiálise, seguir protocolo de medidas de precaução de contato da CCIL.

Horário do início do atendimento SMART: _____ h Horário do início do atendimento leito: _____ h

QUEIXA PRINCIPAL:
 SSVV: FR _____ FC _____ PA _____
 SATURAÇÃO O2 _____ TEMPERATURA: _____
 JOR: ☒ SIM () NÃO LOCAL DA DOR: **PE (E)** INTENSIDADE (ESCALA DE EVA): _____
 Alergias: ☐ Sim ☒ Não Quais: _____
 Assin. Enfermagem: _____

Horário do início do atendimento médico **16:08 h**
MA: _____

Antecedentes

HAS ☐ Sim ☒ Não	Tabagismo ☐ Sim ☒ Não	Alergia ☐ Sim ☒ Não
DM ☐ Sim ☒ Não	Etilismo ☐ Sim ☒ Não	Internamento último 90 dias ☐ Sim ☒ Não
Asma/DPOC ☐ Sim ☒ Não	Angina/IAM ☐ Sim ☒ Não	Motivo: _____
AVC ☐ Sim ☒ Não	Dist. coag. ☐ Sim ☒ Não	Uso de ATBs nos últimos 60 dias ☐ Sim ☒ Não
Convulsões ☐ Sim ☒ Não	Neoplasia ☐ Sim ☒ Não	Quais: _____
IRA/IRC ☐ Sim ☒ Não	Uso de QT ☐ Sim ☒ Não	Cirurgias prévias ☐ Sim ☒ Não
Outros: _____		Quais: _____
		História de Doença Psiquiátrica ☐ Sim ☒ Não
		Nível de Risco: _____

H.D.A.
 Durante o relato anamnese foi **10 min**,
 concluiu a de e de **PE (E)**

Medicamentos em uso
Nenhum

Exame físico
 Geral: Temperatura _____ °C
 ORL: _____
 AR: FR _____ lpm
 ACV: PA _____ mmHg FC _____ bpm
 ABD: _____
 SN: _____
 Extremidades: _____

Hipóteses diagnósticas
 1- **Trombose PE (E)** CID 10: _____



☐ ES1	Paciente requer intervenção imediata? - Inresponsivo, apnéia, entubado (ou que precise ser entubado) sem pulso(PCR), anafilaxia, sofrimento respiratório, trauma grave/queda sem resposta, afásico, dor no peito com sudorese/palidez, instabilidade hemodinâmica.
☐ ES2	Suspeita de SCA, SIRS, confusão letárgico, sinais de AVC (hemiparesia), dor intensa (7 a 10), gravidez ectópica estável, QT com febre, intoxicação exógena.
☐ ES3	2 ou mais recursos
☐ ES4	1 recurso
☐ ES5	Nenhum recurso

EXAME SOLICITADOS	RECEBIMENTO LABORATÓRIO	RESULTADO DOS EXAMES
☐ HEMATOLOGIA/BIOQUÍMICA	☐ COLETA ____:____ HS	
☐ GASOMETRIA	☐ COLETA ____:____ HS	
☐ EAS	☐ COLETA ____:____ HS	
☐ LDF	☐ COLETA ____:____ HS	
☐ Parecer _____	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
☐ ECG	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
☐ LCR	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
☐ TC	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
☐ RNM	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
☒ RADIOGRAFIA	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
☐ USG	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	

Prescrição								
Hora	Medicação	Apresentação	Quantidade	Via	Médico	Hora Adm.	Técnico	
16:09	(1) Tranex	100mg/100ml	500mg	EV	Dr. Wilton Moraes de Fátima	16:50	PR454390	
17:45	(2) TALL	BETA	em ml		Dr. Wilton Moraes de Fátima	18:30	ML65	
					Dr. Wilton Moraes de Fátima		0217	

ROENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO
Nasc: 23/06/1986 - 35434226
Reg: 178876 - Orgão: 0002-9260
ANIL726 - PAUL - Sexo: M
----- (21/08/2010) - Hora: 15:55



Anotações de enfermagem

Paciente admitido neste serviço com queixa de dor, edema em PE. seg. após Trauma. Realizado RX após avaliação do ortopedista. Medicados conforme prescrição médica. Funcionando AUP em MSE. Cateter 22, com urino. Solicitado internamento cirúrgico para os cuidados da equipe. Orientado e realizado quanto ao risco de queda.

Ana Raíssa Barbosa Silva
Coren-PE 434390 - ENF

Às 18:30 Realizado imobilização com cinta de gesso conforme prescrição médica. 03 gesso / 03 crepe / 02 met. malha 10cm. Segue aos cuidados da enfermagem.

Luva Proc (Par):	Equipo Simples (Unid.):
Luva Estéril (Par):	Equipo pl Med (Bic):
Capote:	Seringa 10cc:
Fraldão:	Seringa 5cc:
Algodão Hidrof (Parr. 100g):	Seringa 3cc:
Aguilha 13x4,5:	Seringa 1cc:
Aguilha 25x7:	Cateter (Punção Periférica) Nº:
Aguilha 25x8:	Polígrafo:
Aguilha 25x1,20:	IV Fix:
Aguilha 40x12:	Microclava:

MONITORAMENTOS

Hora	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00
FR											18													
PA											120													
FC											72													
TEMP°C											36,7													
GLICEMIA HGT											98													
SATO ₂											98													
EVA											10													

SCORE DA DOR (EVA)

LEVE	MODERADA	INTENSA
0	1	2

RISCOS	CONDIÇÕES
☐ QÜEDA	☒ GRADES ELEVADAS, AÚXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO
☒ FLEBITE	☒ TROCA DO ACESSO 72h

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Data de Nascimento: 20/05/1966 - 03634224
CPF: 151928 - PIS/Pasep: 030419009
EMIL/726 - PAUL - Sexo: M



REAVLIAÇÃO MÉDICA

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

LEVE

MODERADA

INTENSA

Hora

Dor: Sim () Não ()

Escala de Dor (EVA):

14/03 Re avaliação de fr de 2^a-3^a-4^a-5^a MTTs @
co! Interconsulta p/ tto cirúrgico

Dr. Wilson Mendes de Mello Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 2567

14/13 Paciente retornou melhor de quadro clínico,
encontra em contato com Dr. Gabriel Monteiro Junior
para obter pto de encaminhamento.

co! Alter Hospitalar sob observação de MM

Dr. Wilson Mendes de Mello Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 2567

Diagnóstico final do serviço de emergência

1 -

CID 10:

2 -

CID 10:

3 -

CID 10:

4 -

CID 10:

Horário de Conclusão do atendimento

Destino do paciente

☒ Alta hospitalar ☐ Alta a pedido ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ Transferência

☒ Internamento ☐ UTI ☐ Apartamento

☐ Encaminhamento a outra especialidade

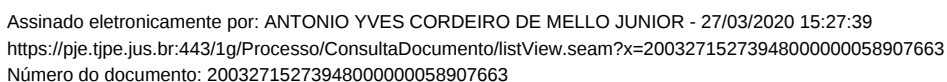
POLICLINICA BRITANICA DO
NASCIMENTO
Data: 23/06/1985 Sexo: M
Alt: 1,726 - Peso: 68,33kg
Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55
Matrícula: 076949497
N. Soc.
ORTOPEDIA
Leite: URBANO



ORTOPEDIA
Leito: URGEN

- 5/6/19

~~Dr. Wilson Motte do-202-7110~~



REDE 2ª OR SÃO LUIZ	FORMULARIO/ INSTITUCIONAL				Versão: 02	Página 1/1	ESPERANCA
	Elaboração 03/09/2014	Efativação 25/04/2017	Código: HES.JNS.FOR.50				

ADMISSÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO: / /

REGISTRO:

DATA DA ADMISSÃO: / /

IDENTIFICADORA DO:

NASCIMENTO

Nº: 20.000.71000 - 33030220

APIL/726 - APIL - Sexo: M

Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55

Matrícula: 076849497

N. Soc:

ORTOPEDIA

Leito: URGEM

ANAMNESE

MÉDICO ASSISTENTE:

FONE:

QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO: dor em tór (E)

H.D.A.: Paciente vítima de acidente de trânsito em 15/10/2019, ocorrendo com a data indicada em (E)

Rx = fr de metatarsos (E)

EXAME FÍSICO: edem 24/4+ (E)

AR: FR irpm SaO₂:

TEMPERATURA: °C

ACV: PA / mmHg FC bpm

ABD:

SNC:

EXTREMIDADES:

RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA -

MEDICAÇÕES SUSCRITAS:

Dr. Wilton Moraes da Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 23811



REDE DOR SÃO JUIZ	FORMULÁRIO / INSTITUCIONAL				 ESPERANÇA
	Vigência 15/07/2022	Revisão 01	Código HES.INS.FOR.054	Página 2/2	
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM					

☒	RISCO DE QUEDA EVIDENCIADO PELO SCORE DA ESCALA DE MORSE E/OU USO DE MEDICAÇÕES POTENCIALIZADORAS:
CD:	☒ RISCO MÉDIO ☐ RISCO ALTO
	☒ ORIENTAÇÕES REALIZADAS QUANTO O RISCO DE QUEDA.
	☒ CAMA TRAVADA.
	☒ GRADES ELEVADAS.
	☒ SINALIZAÇÃO DA PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO.
☒	DEAMBULAR COM AUXILIAR
☒	RISCO DE DOR AGUDA RELACIONADO A <u>dor em pé esq.</u> EVIDENCIADO PELO SCORE do EVA:
CD:	☒ MONITORAR SCORE DE DOR (EVIDENCIANDO INTENSIDADE, LOCAL, CARACTERÍSTICAS).
☒	RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO RELACIONADO A FATORES DE RISCOS INTRÍNECOS E/OU COMPLEXIDADE DE PROCEDIMENTO:
CD:	☐ CLASSIFICAR RISCO DE TEV NAS PRIMEIRAS 24h.
	☒ REAVALIAR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO A CADA 48h.
	Risco
CD:	☐
	☐
	Risco
CD:	☐
	☐

Ana Rafaela Barbosa Silva
 Coord. PE 454390-ENF

Assinatura/carimbo
 Enfermeiro

REVISÃO	DESCRIÇÃO SUMÁRIA	DATA
Versão: 02	Formatação	15/07/2019

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Coordenador de Enfermagem	Coordenador de Enfermagem



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Ex de molares (2)

CONDUTA / PLANO TERAPÊUTICO

Analgesia e Hc cirúrgica

Dr. WILTON MOTA DE AZEVEDO
Ortopedista - Traumatologia
CRM 15.257

PROTÓCOLOS

☐ SEPSIS	☐ DOR TORÁCICA	☐ AVC	☐ PAC	☐ ITU
☐ ASSISTÊNCIA AO PARTO	☐ HEMORRAGIA DIGESTIVA	☐ IDOSO FRÁGIL	☐ CUIDADOS PALIATIVOS	
☐ CONTROLE GLICÊMICO	☐ TEV	☐ PNM NA CRIANÇA	☐ ASMA NA CRIANÇA	

EXAMES SOLICITADOS

☐ USG	☐ TC	☐ RM	☐ ECO	☐ EDA
☐ BRONCOSCOPIA	☒ LABORATÓRIO	☐ CINTILOGRAFIA	☐ SWABS DE VIGILÂNCIA	

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

☐ ISOLAMENTO DE CONTATO	☐ ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO	☒ PADRÃO
--	--	--

MEDICAÇÕES PRESCRITAS

☐ DROGA VASODATIVA	QUAL (AIS):	
☐ ANTIBIÓTICO	QUAL (AIS):	PREVISÃO DE TÉRMINO: _____ DIAS

Dr. WILTON MOTA DE AZEVEDO
Ortopedista - Traumatologia
CRM 15.257
MÉDICO
(ASSINATURA E CARIMBO)

ELABORAÇÃO

Sector: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO
Nome: ADRIANA PASSOS
Assinatura/Data:

APROVAÇÃO

Sector: DIRETORIA MÉDICA
Nome: ADRIANA PASSOS

Versão: 25/04/2019



REDE DOR SÃO JUIZ	FORMULARIO / INSTITUCIONAL				PÁGINA 1/2	ESPERANÇA
	Vigência 05/06/2022	Revisão 05	Código HES.INS.FOR.001			

RESUMO DE TRANSFERÊNCIA INTERNA

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO DE TRANSPORTE (vide protocolo de transporte interno)

- ☐ PACIENTE DE ALTO RISCO (transportar com maquinário ou técnico de enfermagem, médico e enfermeiro)
- ☐ PACIENTE DE MÊDIO RISCO (transportar com maquinário, técnico de enfermagem e/ou enfermeiro)
- ☒ PACIENTE DE BAIXO RISCO (transportar com maquinário e/ou técnico de enfermagem)

IDENTIFICADOR DO PACIENTE

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Data de Nascimento: 15/10/1966 - Sexo: M

Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55

Matrícula: 978949497

N. Soc: 1334432

ORTOPEDIA

Leito: URGEN

MOTIVO DA REMOÇÃO DO PACIENTE

DATA: 15/10/19

- ☐ REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS/EXAMES:
- ☒ TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES:

SETOR DE ORIGEM:

SETOR DE DESTINO:

SETOR DE ORIGEM: OMU

SETOR DE DESTINO: UNE

SBAR é uma técnica de comunicação estruturada criada para transferir informações de uma unidade para outra de forma rápida e segura.

S - Situação refere-se a uma descrição concisa do problema (HDA) e descrição do que motivou a transferência.

B - Background exige informações breves e pertinentes relacionadas à situação atual (diagnósticos de admissão, comorbidades e cirurgias prévias).

A - Avaliação envolve fornecimento e análise de considerações de opções (avaliação clínica e impressão diagnóstica).

R - Finalizar indica as ações recomendadas (recomendações, medicação em uso e exames/laudos pendentes).

S (SITUAÇÃO) • HDA	Horário saída: _____
	Diagnóstico principal: <u>Fratura metatarsos E.</u>
B (BACKGROUND)	Comorbidades: ☐ HAS ☐ ASMA ☒ DOR ☐ IRC ☐ Deficiente Visual/Auditivo ☐ DM ☐ Outros: _____
	Suporte Ventilatório: ☒ Respiração espontânea ☐ AVM ☐ Oxigenoterapia
A (AVALIAÇÃO) • Avaliação clínica	Druga Vasoativa: ☐ SIM ☒ NÃO Sedação: ☐ SIM ☒ NÃO
	PRECAUÇÃO DE CONTATO: ☒ Padrão ☐ Contato ☐ Respiratório/Aerossol ☐ Respiratório / Gotícula ☐ Imunodeprimido
R (FINALIZAÇÃO) • Recomendações • Medicação em uso • Exames/laudos pendentes	Riscos: ☐ Alergia ☐ Hipotermia ☐ Disglucemia ☐ Broncoaspiração ☐ Queda ☐ Perda de dispositivo ☐ Lesão de pele ☐ Hipotensão ☐ Suicídio ☐ Outros: _____
	Horário saída: _____ PA = _____ x _____ mmHg / FC = _____ bpm / FR = _____ / Sat.O ₂ = _____ % / Temp. = _____ °C
R (FINALIZAÇÃO) • Recomendações • Medicação em uso • Exames/laudos pendentes	Horário chegada: _____ PA = _____ x _____ mmHg / FC = _____ bpm / FR = _____ / Sat.O ₂ = _____ % / Temp. = _____ °C
	Pendências: (APENAS NAS TRANSFERÊNCIAS ENTRE EMG / UTI e / UNI) Realizar exames: ☒ LAB / ☐ USG / ☐ TAC / ☐ RNM / ☐ EDA / ☐ ECO / ☐ SWAB ☐ Outros: _____
R (FINALIZAÇÃO) • Recomendações • Medicação em uso • Exames/laudos pendentes	Procedimentos: ☒ Cirurgias / ☐ Drenagens / ☐ Punção de Acesso Venoso / ☐ Hemocomponentes
	Medicações: ☐ ATB / ☐ Insulina / ☐ Anticonvulsivante / ☐ Anticoagulante ☐ Medicação de alto custo _____ ☐ Medicação não padrão _____
R (FINALIZAÇÃO) • Recomendações • Medicação em uso • Exames/laudos pendentes	Iniciar dieta: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Outras Pendências: _____

INTERCORRÊNCIAS DURANTE O TRANSPORTE E / OU NO SETOR DE DESTINO: ☒ SIM ☐ NÃO

QUAIS?

Assinatura e carimbo do profissional
(SETOR DE ORIGEM)

Assinatura e carimbo do profissional
(SETOR DE DESTINO)

REVISÃO	DESCRIÇÃO SUMÁRIA	DATA
Versão: 01	Formatação	05/06/2019
ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO	
	Setor: Direção Médica	



REDE FOR SÃO LUIZ	FORMULÁRIO/ INSTITUCIONAL				 ESPERANÇA RECIFE
	Elaboração 31/05/2010	Efetivação 10/10/2017	Código: HES.INS.FOR.10	Versão: 04	

AVALIAÇÃO DO RISCO DE TEV EM PACIENTE CIRÚRGICO

Especialidade cirúrgica:

☐ Cabeça e pescoço

☐ Cirurgia vascular

☐ Ginecologia e Obstetrícia

☒ Ortopedia

☐ Cardiotorácica

☐ Cirurgia plástica

☐ Neurocirurgia

☐ Urologia

☐ Cirurgia geral

☐ Outra

HD: EX UTCS (E) Data: 1/1

Nome: Etiqueta do paciente

Data:

Hora:

☐ Cirurgia de risco alto

☐ Artroplastia de quadril
☐ Artroplastia de joelho
☐ Fratura de quadril
☐ Oncológica curativa
☐ Trauma raquimedular
☐ Politrauma

RISCO ALTO

☐ Cirurgia de porte médio e alto

Idade

> 60 anos ☐

RISCO ALTO

40-60 anos ☐

Fatores de risco para TEV*
 Sim ☐ Não ☐

RISCO INTERMEDIÁRIO

< 40 anos ☐

Fatores de risco para TEV*
 Sim ☐ Não ☐

RISCO BAIXO

☒ Cirurgia de pequeno porte com duração < 60min e internação < 2 dias

☐ Endoscópica*
☐ Laparoscópica
☐ Superficial (mama, plástica, dermatológica)
☐ Oftalmológica
☐ Outra:

RISCO BAIXO

Contra-indicação impede profilaxia medicamentosa?

☐ Sangramento ativo Local:
☐ Úlcera péptica ativa Data do Sangramento: / /
☐ HAS não controlada (> 180 X 110 mm Hg)
☐ Coagulopatia (plaquetopenia ou INR > 1,5) Valor do Exame:
☐ Alergia ou plaquetopenia por heparina
☐ Insuficiência renal (Cl Cr < 30 mL/min) Valor do Exame:
☐ Em uso de anticoagulante: Qual:

☐ Não

Desmolação prévia Fisioterapia Heparina não indicada

Métodos mecânicos
☐ Meia Elástica de Compressão Gradual (MECG)
☐ Compressão Pneumática Intermittente (CPI)
☐ Fisioterapia motora para pernas*
☐ Nenhum
 Data início: / / Data final: / /
 (Reavaliar em 2 dias)

Heparina*

	Risco alto	Risco intermediário
☐ HNF	5.000 U 3x/d	5.000 U 2x/d
☐ Enoxaparina	40 mg 1x/d	20 mg 1x/d

Data início: / / Data final: / /

Marcar fatores de risco para TEV presentes

☐ Câncer
☐ Cateteres venosos
☐ D. Inflamatória intestinal ativa
☐ Doença respiratória grave
☐ Doença reumática ativa
☐ Gravidez/puerpério (até 6 semanas do parto)
☐ ICC classe III ou IV
☐ História prévia de TEV
☐ Infecção
☐ Pré-Eclâmpsia

☐ Insuficiência arterial/pérfica
☐ Internação em UTI
☐ Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)
☐ Paresia ou paralisia de MMII
☐ Quimio/Hormonioterapia
☐ Reposição hormonal/CCH
☐ Síndrome nefrótica ativa
☐ Trombofilias
☐ Varizes/Insuficiência venosa

Tempo de profilaxia recomendado

ATQ e Fratura de quadril	4 a 5 semanas
ATJ	Pelo menos 10 dias
Oncológica ¹	3 a 4 semanas
Politrauma e TRM	Até recuperação
Demais	7 a 10 dias

Não fez profilaxia. Porque? ☐ Não prescrição ☐ Recusa do paciente ☐ Contra-indicação para profilaxia medicamentosa

Complicações de profilaxia. Qual?

☐ Sangramento intracraniano

☐ Sangramento retroperitoneal

☐ Sangramento fatal

☐ Sangramento que necessitou de transfusão

☐ Sangramento menor

☐ Plaquetopenia

☐ Alergia

☐ Em tratamento com anticoagulante

Evolução

Internação: ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Transferência ☐ Não apresentou TVP/TEP ☐ TVP ☐ TEP não fatal ☐ TEP fatal Data do TEV: / /

Nos pacientes com múltiplos fatores de risco ou risco alto sugerimos, quando possível, associação de profilaxia mecânica e medicamentosa.

Reavaliação/Mudança de conduta:

Referências: 1. Geerts W et al. Prevention of venous thromboembolism (9th Edition of ACCP Guidelines). Chest 2004; 133:2913-4533; 2. Oliveira Brantine de Profilaxia de TEV em Pacientes Cirúrgicos Internados. Disponível online em [http://www.projetodotranslacao.org.br/4_volumes/3_Rocha_AT_et_al_Obesity_Surgery_2004_16\(12\):1845-55](http://www.projetodotranslacao.org.br/4_volumes/3_Rocha_AT_et_al_Obesity_Surgery_2004_16(12):1845-55); 4. Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism in inpatients undergoing surgery (<http://www.ncbi.org/pmc/articles/PMC144848>).

ELABORAÇÃO

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/03/2020 15:27:39

APROVAÇÃO

Sector: Direção Médica



PRESCRIÇÃO MÉDICA	
-------------------	--

DATA: / / PESO: Kg

Nome:	CARIMBO ALERGIAS / PROTOCOLO	CARIMBO ARSENAL:
Registro:		
Data:		
Hora:		

PRESCRIÇÃO MÉDICA				APRAZAMENTO DA DIETA			
DIETA	VIA ORAL LIVRE	DIAGNÓSTICO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRAZAMENTO DA DIETA	
						DIETAS	DIETAS
						DIETAS	DIETAS
MEDICAMENTOS	1	JELCO HIDROLISADO					
	2	TRAMAL - 01 AMPOLA + 100ML SF 0,9%	8MG	EV	8/8H		
	3	DIPIRONA - 01 AMPOLA + AD	1G	EV	6/6H		
	4	PANTOCAL - 01 AMPOLA + DILUENTE	40MG	EV	1 X DIA	JEJUM	
	5	ZOFRAN - 01 AMPOLA + 100ML SF 0,9%	8MG	EV	8/8H	SE NÁUSEAS E/OU VÔMITOS	
	6	TYLEX - 01 COMPRIMIDO	30MG	VO	8/8H	S/N	
	7	CCGG + SSVV					
	8	MANTER MIE ELEVADO					
	9	() DERSAM () FRALDÃO () SOAPEX () PRATIDERME () CREME BARREIRA () DERMODEX () REPARIL GEL () CAVILON CREME () CAVILON SPRAY () BEPANTOL EM LÁBIOS () PERIOGARD () CEPACOL () DERMACERUM					
	10						
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

Dr. Wilson Mendes de Azevedo
Otorrinolaringologista
CRM: 26617

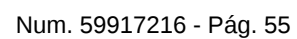


[illegible]

Se declara a existência de um vínculo de natureza econômica entre a pessoa física e a pessoa jurídica, conforme consta no **TCMP** nº 1.

Page 15 of 20

100-443887-100





PACIENTE: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

USO ORAL

1. NOVALGINA 1G----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, SE DOR

2. FLANCOX 500MG----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12H POR 5 DIAS

3. MIOSAN 5 MG----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 1X/NOITE POR 5 DIAS

USO EXTERNO

4. GELO LOCAL----- 20 MINUTOS

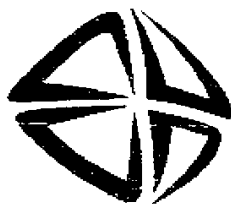
FAZER COMPRESSAS DE GELO DE 4/4 HORAS


(Assinatura do Médico- CREMEPE nº)

Data: 15/10/19

Rua Antônio Gomes de Freitas, 265, Ilha do Leite
Recife - PE, CEP: 50.070-480
tel: (81) 3131-7878 www.hospitalesperanca.com.br





ESPERANÇA

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome Completo:		
CRM	UF	Nº
Endereço Completo e Telefone:		
Cidade:	UF:	

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

PACIENTE: **ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO**

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

NOVOTRAM 50 MG 02 CAIXAS

Tomar 01 comprimido via oral de 8/8h, SE DOR FORTE

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:		
Idem:	Org. Emissor:	
End:		
Cidade:	UF:	
Telefone:		ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA

(Assinatura do Médico- CREMEPE nº)

Data: 15/10/19

Rua Antônio Gomes de Freitas, 265, Ilha do Leite
Recife – PE, CEP: 50.070-480
Tel: (81) 3121-7272 www.hospitalaesperanca.com.br



OBJETO: EQUIPAMENTO HOSPITALAR

PRESENTE NO CONFORTE DE SUA REABILITAÇÃO

12. Após 30 (trinta) dias de inadimplência o LOCADOR/CONTRATADO optará pela rescisão contratual e acionará advogados ou empresa especializada para proceder com a cobrança do débito de forma amigável, inicialmente, e judicial, caso persistir a inadimplência, cabendo do LOCATÁRIO/CONTRATANTE arcar, além da multa de 2% (dois por cento), juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IGP-M, com os honorários advocatícios à base de 20% (vinte por cento) acrescido de custas judiciais.

13. O não pagamento das parcelas por mais de 60 (sessenta) dias, implicará no depósito do cheque caução ou cobrança da nota promissória, ficando o LOCATÁRIO/CONTRATANTE isento da devolução do material locado.

14. Ao término do prazo de locação, o locatário se obriga a restituir o equipamento nas mesmas condições que foram locadas.

15. Fica eleito o Foro da cidade de Recife, Estado de Pernambuco, como único competente, com renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir as questões que surgirem na execução deste contrato.

E por estarem justos e contratados assinam o presente contrato em 2 (duas) vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos, com as testemunhas a seguir.

Recife, 16 de Outubro de 2019.

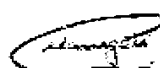
LOCATÁRIO

TESTEMUNHAS:

1) _____

Nome:

CPF:



MAFMED - MATERIAIS HOSPITALARES

2) _____

Nome:

CPF:





CONTRATO DE LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS - PESSOA FÍSICA - Nº 11932

OBJETO: EQUIPAMENTO HOSPITALAR

PRESENTE NO CONFORTO DE SUA REABILITAÇÃO

O presente instrumento de Contrato de Locação de Equipamento Hospitalar, firmando entre as partes abaixo qualificadas, de um lado tendo como, doravante denominada LOCADOR/LOCADOR a empresa MARCELO A. M. MINGATI MATERIAIS HOSPITALARES - ME (MAFMED), situada a Rua Amaldo Bastos, nº 83 - Madalena, Recife/PE, inscrita no CNPJ nº 19.949.337/0001-78, representada neste ato, pelo Sr. Marcelo Aurélio Maldonado Mingati ou quem por ele estiver autorizado, tendo de outro lado, como doravante LOCATÁRIO/CONTRATANTE:

Nome do responsável: JOACIR BATISTA DO NASCIMENTO

Data Nascimento: 03/01/1980

Endereço: RUA RIO JABOATÃO, 397 B

Bairro: CORDEIRO

Cep: 50721520

Município: RECIFE

Estado: PE

CNPJ/CPF: 33107351415

RG: 2329703

Telefone: 9. 8316-8269 // 9. 8853-4983

Email:

Endereço Entrega: RUA RIO JABOATÃO, 397 B

Bairro: CORDEIRO

Cep: 50721520

Município: RECIFE

Estado: PE

Telefone: 9. 8316-8269 // 9. 8853-4983

Tem-se por justo e contratado, entre si, o que se estabelece pelas cláusulas abaixo especificadas.

1. Pelo presente instrumento o LOCADOR/CONTRATADO, aluga ao LOCATÁRIO/CONTRATANTE o equipamento abaixo discriminado, e se obriga a locá-los nas condições estabelecidas nesse contrato.

Equipamentos	Período	Valor
13/00078 MULETA CANADENSE (PAR) <i>titica para múltiplos</i>	16/10/2019 à 16/11/2019	30,00

2. O equipamento acima descrito será utilizado pelo próprio LOCATÁRIO/CONTRATANTE, e ou por pessoa residente no endereço indicada por ele.

3. É de responsabilidade do LOCATÁRIO/CONTRATANTE o pagamento referente a taxa de entrega e recolhimento (frete) de todos os produtos.

4. O LOCATÁRIO/CONTRATANTE pagará ao locador a quantia de R\$ 30,00 (TRINTA REAIS), referente ao período de locação.

5. O reajuste do contrato é a cada 12 (doze) meses conforme IGP-M, a contar da assinatura do presente.

6. Em caso de promulgação o pagamento deverá ser efetuado diretamente à MAFMED ou depósito em conta da Pessoa Jurídica MARCELO A. M. MINGATI MATERIAIS HOSPITALARES - ME. Banco SANTANDER, Ag. 3749, conta 13002163-1, até a data do vencimento.

7. É imprescindível que se encaminhe o comprovante de pagamento à MAFMED pelo email: contato@mafmmed.com OU via WhatsApp (81) 98446-6447.

8. No ato da locação, como GARANTIA, o LOCATÁRIO/CONTRATANTE emitirá uma nota promissória no valor integral do bem de R\$ 120,00 (CENTO E VINTE REAIS) que será resgatado no momento da devolução do equipamento locado, após constatação do estado de uso.

9. O LOCATÁRIO/CONTRATANTE declara ter recebido o(s) equipamento(s) hospitalar(es) em perfeito estado de uso, funcionamento e conservação, e também explicado o seu procedimento de manuseio, sendo de sua total responsabilidade a manutenção do mesmo, assim como qualquer dano ao equipamento, independente de culpa, fato atípico ou fato natural.

10. Não haverá reembolso no caso dos equipamentos serem devolvidos antecipadamente.

11. Ocorrendo o vencimento, sem o devido pagamento, incidirá no valor da prestação, mora diária de 0,40%, juros de 1% a.m. e multa de 2% a.m.. O LOCADOR/CONTRATADO, a seu critério, optará pelo envio para o SPC e SERASA, devendo o LOCATÁRIO/CONTRATANTE arcar com todas as custas administrativas, previstas na Seção VI do Capítulo V do Código de Defesa do Consumidor.

Rua Amaldo Bastos, 83 - Madalena - Recife/PE - Fone: (81) 3445-6200/3072-6200 - 99542-0979
WhatsApp 98446-6447 - E-mail: contato@mafmmed.com - www.mafmed.com.br - CNPJ 19.949.337/0001-78

