

# PESSOA TOMÉ

## ADVOGADOS

### PROCURAÇÃO AD JUDICIA E ET EXTRA

**OUTORGANTE:** ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade nº 6384826 SDP/PE, inscrito no CPF: 060.799.324-31, residente e domiciliado à Rua GUARACI, 63, TORROES, Recife/PE, CEP: 50640-450

**OUTORGADOS:** ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº.: 35.432-D, inscrito no CPF 010.130.054-90, pertencente a **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18, ambos com endereço profissional à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: pessoatomeadvogados@hotmail.com, telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.

**PODERES:** O presente mandato tem por finalidade conferir aos outorgados os poderes para o foro em geral, com as cláusulas "ad judícia eet extra" em qualquer juízo ou tribunal, para atuar e acompanhar o processo até a decisão final, inclusive utilizando os recursos legais, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para desistir, receber, dar quitação, bem como receber alvará judicial, reconhecer a procedência do pedido, transigir, firmar acordo e compromisso, requerer, solicitar e retirar documentos em qualquer repartição ou órgão público, agindo em conjunto ou separadamente, impetrar quaisquer medidas judiciais para defender os interesses do(s) Outorgante(s), e tudo mais que se fizer necessário para o fiel e cabal cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes aqui outorgados. Ainda conferindo **PODERES ESPECIAIS** para representação perante o INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL-INSS, requerer benefícios, interpor recursos às instâncias superiores, fazer recadastramento, tomar informações necessárias a concretização do(s) direito(s) do(s) outorgante(s), praticar e recorrer a todos os meios necessários ao fiel cumprimento do presente mandato, poderes ainda de levantar e receber alvará.

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO:** Tendo em vista o risco da demanda e todo o trabalho realizado pelos **CONTRATADOS**, ainda autoriza o(a) **OUTORGANTE** a retenção do percentual de 30% (trinta por cento), seja na via administrativa ou judicial, calculados sobre os honorários expedidos em seu nome, o que inclui toda e qualquer vantagem financeira auferida por este, **independente da fixação de honorários sucumbenciais**, a serem expedidos em favor da **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18 e localizada à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: pessoatomeadvogados@hotmail.com.

Recife, 21 de janeiro de 2020

*x Adenilson B. do Nascimento*  
**ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO**  
**OUTORGANTE**

### **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

**TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, situada em:

"Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 02, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE".

E-mail: pessoatomeadvogados@hotmail.com, Telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.

Scanned by CamScanner





# PESSOA TOMÉ

## ADVOGADOS

Pelo presente instrumento particular de Contrato de Prestação de Serviço de Natureza Jurídica, que entre si fazem, de um lado o **ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade nº 6384826 SDP/PE, inscrito no CPF: 060.799.324-31, residente e domiciliado à Rua GUARACI, 63, TORROES, Recife/PE, CEP: 50640-450 e do outro lado os **ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº.: 35.432-D, inscrito no CPF 010.130.054-90, pertencente a **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18, ambos com endereço profissional à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: pessoatomeadvogados@hotmail.com, telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.

**CLÁUSULA PRIMEIRA-** O presente contrato tem como objeto a prestação de serviço de Natureza administrativa e jurídica.

**CLÁUSULA SEGUNDA-** A prestação do referido serviço se detém à participação do advogado nos seguintes atos: Acompanhamento da ação até o pronunciamento da decisão monocrática em 1ª instância e na 2ª instância, sendo está ultima acrescida de honorários no importe de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), sem prejuízo da fixação do percentual de 30% e dos honorários sucumbenciais.

**CLÁUSULA TERCEIRA-** Caso tenham o interesse de desistir do referido contrato, ambas as partes terão que avisar com antecedência mínima de 30 dias, tomando por base a data da celebração do respectivo contrato por tempo determinado, devendo ser pago todos os serviços até então realizados de acordo com o que foi determinado entre os contratantes. Caso haja o descumprimento desta cláusula, a parte que lhe deu causa pagará o equivalente a 05 (cinco) salários mínimos.

**CLÁUSULA QUARTA -** Tendo em vista o risco da demanda e todo o trabalho realizado pelos **CONTRATADOS**, ainda autoriza o(a) **OUTORGANTE** a retenção do percentual de 30% (trinta por cento), seja na via administrativa ou judicial, calculados sobre os requisitórios expedidos em seu nome, o que inclui toda e qualquer vantagem financeira auferida por este, independente da fixação de honorários sucumbenciais, a serem expedidos em favor da **TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade unipessoal de advocacia inscrita no CNPJ sob o nº.: 35.564.984/00001-18 e localizada à Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 2, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE, endereço eletrônico: pessoatomeadvogados@hotmail.com.

E, por estarem justos e contratados, assinam o presente instrumento, em 02 (duas vias) de igual teor e forma, o qual de agora em diante passará a vigorar.

Recife, 21 de janeiro de 2020.

x *Adenilson B. do Nascimento*  
**ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO**  
CONTRATANTE

*RomiceDES Silvestre Tomé*  
**ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ**  
CONTRATADO

TESTEMUNHA 1: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA 2: \_\_\_\_\_

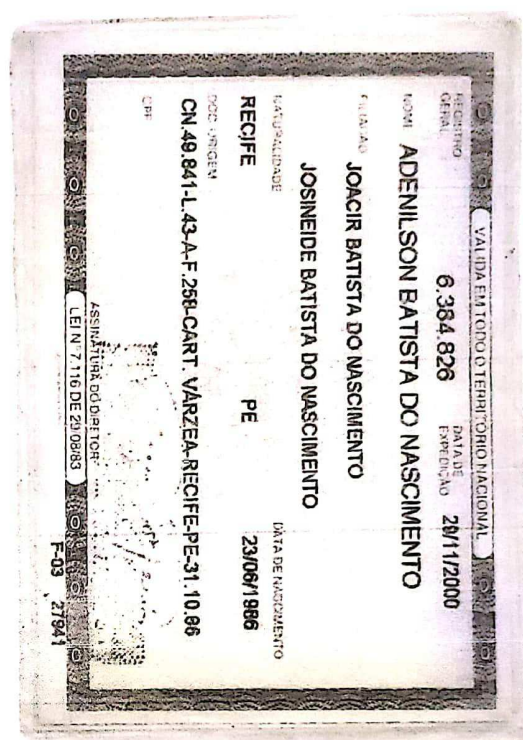
**TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, situada em:

"Rua José de Alencar, nº.: 522, Sala 02, Edf. Visconde de Goiana, Bairro da Boa Vista, Recife/PE".

E-mail: pessoatomeadvogados@hotmail.com, Telefone(s): (81) 3034-188 / (81) 98406-5239 / (81) 99945-8474.

Scanned by CamScanner









Scanned by CamScanner



...você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentados pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 22542 Série 0021

Ademilson Batista do Nascimento  
ASSINATURA DO PORTADOR

#### QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Ademilson Batista do Nascimento  
Log. Nasc. 22/05/1972 Est. PE Data de Nascimento 22/05/1972  
Filiação Homero Batista do Nascimento  
Doc. N.º 334.451-8 SSP/PE

#### ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 1/1/1972 Doc. Ident. N.º  
Exp. em 1/1/1972 Estado  
Obs.:  
Data Emissão 01/12/1972 DRT PE  
Assinatura do Funcionário Mariluce J. de Andrade  
Mat. 130.451-8

#### ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Nome .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Est. Civil .....  
Doc. ....  
Nascimento .....  
Doc. ....





Loterias CAIXA

CELPE

Companhia Energilógica Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-49 | Ins. Est. 0065943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

CRISTINA MARIA ALMEIDA PRADO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA LUARACIUS - A

CPF: 052.123.414-00

TORRÕES/RECIFE  
RECIFE PE  
50640-450

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
082521184	UNICA	24/10/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/10/2019	0310154917	5031559

CODIGO CONTABILIZ	DATA
7000504283	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO DE VENCIMENTO
31/10/2019	25/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	178,68

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	183,000000	C-11087957	148,35
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,12
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,43
Contribuição Pública Municipal			23,94
ICMS Subvenção-CLIE-NF 014732500-23/08/19			0,04
TOTAL DA FATURA			178,68

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
91428342	CLT	11-10-2019	17.308,00	24-10-2019	17.572,00	31	1.600,00		183,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)	PERCENTUAL
Gerção de Energia	R\$ 49,70	27,64%
Transmissão	R\$ 5,34	3,47%
Distribuição (Cabo)	R\$ 22,43	12,87%
Perdas de Energia	R\$ 10,21	6,03%
Encargos Setoriais	R\$ 7,82	4,58%
Fretos	R\$ 49,00	28,24%
Total	R\$ 183,90	100%
RECURSOS APLICADOS		
Consumo Ativo (kWh)		0,54833000
DESCRIÇÃO DA FATURA		
7887 8741 C-2AS F888 68DA F477 7077 8550		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Por favor, ler atentamente as informações importantes sobre o consumo de energia elétrica. As informações importantes sobre o consumo de energia elétrica são: a) a leitura do medidor de energia elétrica; b) a leitura do medidor de energia elétrica; c) a leitura do medidor de energia elétrica; d) a leitura do medidor de energia elétrica; e) a leitura do medidor de energia elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONSUMO	VALOR APROXIMADO (WATT/H)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						MÍNIMO	MÁXIMO
DIC	0,00	4,95	8,01	19,82	220	202	231
FIG	0,00	3,11	6,22	12,45			
DMC	0,00	2,77	0,00	0,00			

Valor de Referência de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 54,80



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: **2ª. 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 (VEICULO)**, 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

Scanned by CamScanner



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 CUASANDO 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* **JOSE APOLÔNIO DE LYRA NETO** - Matrícula: **350546-4**





**Seguro DPVAT - Proteção para todos**

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga e Pessoas Transportadas ou Empilhoadas) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

Salvo erro

www.seguradoralider.com.br

**LIDER**  
Seguradora

**Seguradora LIDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO  
RUA IGUARACI, 63 CASA B  
TORRÕES  
CEP 50640-450 - RECIFE - PE

BRASIL

Correio  
R\$ 01,90

7 8333334 200000

Responsável pela informação _____ Dirigente	Para uso dos Correios Data: _____ <input type="checkbox"/> Não enviado <input type="checkbox"/> Enviado <input type="checkbox"/> Não enviado e nº indicado <input type="checkbox"/> Enviado e nº indicado	DEVOLUÇÃO Seguradora LIDER, DPVAT CAIXA POSTAL 40.970 CEP: 20.270-971 www.seguradoralider.com.br
---------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Entre em contato conosco  
SAC DPVAT 0800 022 12 04  
www.seguradoralider.com.br

Scanned by CamScanner







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

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190686237

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 318,87

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000054897-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051930700000057017974>

Número do documento: 20021410051930700000057017974

Num. 57971189 - Pág. 2





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

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190686237

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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

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

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15215647

Scanned by CamScanner





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1586 (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, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190686199

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15228539

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19


<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051930700000057017974>

Número do documento: 20021410051930700000057017974

Num. 57971189 - Pág. 4



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0440491/19

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

CPF: 060.799.324-31

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/10/2019

Titular do CPF: ADENILSON BATISTA DO  
NASCIMENTO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Comprovantes de despesas médicas

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

**ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO : 060.799.324-31**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

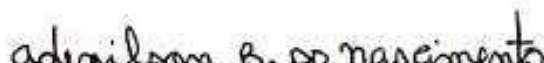
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, 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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Scanned by CamScanner



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Comércio 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

D 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](http://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 B. do Nascimento*  
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*

RAIANNE SILVA BARBOSA

Sinistro: 3190 686199 // 3190 686237  
Luz por: 3087-9222

Scanned by CamScanner





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAAIS (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 FOLHA 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 8  
11 - Bairro: TORRÕES 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50640450  
15 - E-mail: PRADO12320 16 - Tel (DDD): (81) 9.88634983

DADOS CADASTRAIS

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 CUPIM).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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 POUANÇA (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: 54694 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 à 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ 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 herdeiro(s) (além de herdeiro)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO AUTORIZADO

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

TESTE GRÁFICAS

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



RUA ARNALDO BASTOS, 83  
MADALENA - RECIFE - PE - 81 34455200  
CNPJ: 19949337000178 - IE: 057025002 - IM:

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar  
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica  
Não permite aproveitamento de crédito do ICMS

CODIGO	QTD	UN	DESCRIÇÃO	VL.UNIT	VL.TOTAL(R\$)
00000000000071	1,00	UNI	PROTETOR ORTO PERNA INTEIRA ADULTO	22,00	22,00
Qtde. Total de Itens					1,00
Valor Desconto R\$					0,00
Valor Acréscimo R\$					0,00
VALOR TOTAL R\$					22,00
TOTAL PAGO R\$					22,00
CARTAO DE CREDITO					22,00

Informação dos Tributos Totais e Incidentes (Lei Federal  
12.741/2012)-Fonte IBPT. Valor Federais: 0,92 (4,20%)-Valor Estaduais:  
3,96 (18,00%)

AREA DA MENSAGEM FISCAL

EMIÇÃO AUTORIZADA

Número: 1048 - Série: 777

Emissão: 16-10-2019 14:37:44

Consulte pela chave de acesso em:

<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce-web/consultarNFCe>

CHAVE DE ACESSO

26191019949337000178650010000010481001437413

CONSUMIDOR

NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização: 326190722811722

Pedido: 0100001117

Scanned by CamScanner





PARTE COMERCIO DE PROD. Cnpj: 07.499.776/0001-30  
R. T. 246, Cordeiro, Recife, PE  
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

EMITIDA EM CONTINGÊNCIA  
Pendente de autorização

QTD	DESCRIÇÃO	QTD	UN	VL. UN	VL. TOTAL
1	PROD 202305 NIOSAN 5MG	1	UN	15,00	15,00
784	23238 FLAVON 500MG C/14	784	UN	0,02	15,56
784	23238 FLAVON 500MG C/14	784	UN	0,02	15,56
	Desconto			-5,19	14,99
	DE TOTAL				3
	Valor a pagar				14,99
	DESCUENTOS P/				0,11
	VALOR A PAGAR				66,87
	Cartão de Débito				66,87

EMITIDA EM CONTINGÊNCIA  
Número: 114970 Sé  
Emissão: 15/10/2019 21:00:06 - Consumidor  
Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta>  
2619 1007 4997 7800 0136 6500 1000 1149 7000 1781 6191  
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO  
EMITIDA EM CONTINGÊNCIA  
Pendente de autorização



MD5: 846CEFD0BE29F1996F8DD60A3F075C0F  
PV0000657474  
VOCE ECONOMIZOU.....: R\$ 5,19  
Balc: 830 N. Controle: 1551710  
AGRADECEMOS A PREFERENCIA  
ENTREGA EM DOMICILIO 81 3228-2264

REDE  
ELO DEBITO C  
COMPROV: 006132376 VALOR: 66,87  
ESTAB: 020666358 0003 - AMERICAN COM. D  
15.10.19-21:00:01 TERM: PV223045/071181  
CARTAO: xxxxxxxxxxxxxx4605  
AUTORIZACAO: 921736  
AROC: 9032C97F9B2EC13E  
AID: A00000000305076020  
TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE  
USO DE SENHA PESSOAL.

(CUPOM FISCAL: 000000)  
(NSU D-TEF : 071181) -

Scanned by CamScanner



ADENILSON BATISTA DO  
NASCIMENTO  
Nasc: 23/06/1986 - 33a4m5d  
Reg: 1784828 - Pront: 000079200  
CNIL/725 - ANIL - 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. Wilton Mendes de Souza Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11617

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

Scanned by CamScanner





**RED. POR SÃO LUÍZ** **FORMULÁRIO / EMERGÊNCIA** **ESPERANÇA RECIFE**

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 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: ☒ SIM ( ) NÃO LOCAL DA DOR: **PE @** INTENSIDADE (ESCALA DE EVA): \_\_\_\_\_

Alergias: ☐ Sim ☒ Não Quais: \_\_\_\_\_

Assin. Enfermagem: \_\_\_\_\_

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

MA: \_\_\_\_\_

**Antecedentes**

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

**H.D.A.**  
 Percurso recente anteriormente há 10 min, evoluindo cl de a deterioração a **PE @**

**Medicamentos em uso**  
 Neger

**Exame físico**

Geral: Temperatura \_\_\_\_\_ °C

ORL: \_\_\_\_\_

AR: FR \_\_\_\_\_ lpm

ACV: PA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg FC \_\_\_\_\_ bpm

ABD: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Extremidades: \_\_\_\_\_

**Hipóteses diagnósticas**  
 1. Trauma a **PE @**

CID 10: \_\_\_\_\_

Scanned by CamScanner



NÍVEL DE RISCO - CLASSIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/> ES1	Paciente requer intervenção imediata? - Irresponsivo, 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.
<input type="checkbox"/> ES2	Suspeita de SCA, SIRS, confusão letárgico, sinais de AVC (hemiparesia), dor intensa (7 a 10), prenhez ectópica estável, QT com febre, intoxicação exógena.
<input type="checkbox"/> ES3	2 ou mais recursos
<input type="checkbox"/> ES4	1 recurso
<input type="checkbox"/> ES5	Nenhum recurso

EXAME SOLICITADOS	RECEBIMENTO LABORATÓRIO	RESULTADO DOS EXAMES
<input type="checkbox"/> HEMATOLOGIA/BIOQUÍMICA	<input type="checkbox"/> COLETA ____:____ HS	
<input type="checkbox"/> GASOMETRIA	<input type="checkbox"/> COLETA ____:____ HS	
<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> COLETA ____:____ HS	
<input type="checkbox"/> LDF	<input type="checkbox"/> COLETA ____:____ HS	
<input type="checkbox"/> Parecer	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
<input type="checkbox"/> ECG	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
<input type="checkbox"/> LCR	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
<input type="checkbox"/> TC	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
<input type="checkbox"/> RNM	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
<input checked="" type="checkbox"/> RADIOGRAFIA	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	
<input type="checkbox"/> USG	HORA DA REALIZAÇÃO ____:____ HS	

Prescrição					Médico	Hora Adm.	Técnico
Hora	Medicação	Apresentação	Quantidade	Via			
16:09	(1) Zonac 100mg (100mg SFG) 1/2				Dr. Wilson Matos da Paz Filho Ortopedia e Traumatologia CRMPE: 28617	16:50	AR454390
17:45	(2) ZOLA 600mg em 1 litro para a infusão				Dr. Wilson Matos da Paz Filho Ortopedia e Traumatologia CRMPE: 28617	18:30	AR454390

RODRILSON BATISTA DO  
NASCIMENTO  
Nasc: 23/06/1986 - 33.3a22d  
1.89288 - 1.89288



# Anotações de enfermagem

Pac. admitido neste serviço com queixa de dor edema em pé esquerdo. Após Trauma. Realizado RX após avaliação do ortopedista. Medicado conforme prescrição médica. Puncionado AVP em MSE, Cateter 22 com sucesso. Solicitado internamento cirúrgico segue sob cuidados da equipe. Orientado e realizado quanto ao risco de queda.

Ana Raíssa Barbosa Silva  
Coren-PE 454300-ENF

Às 15:30 Realizado imobilização com - com atadura de gesso conforme prescrição médica. 03 gesso / 03 crepe / 02 met. malha 10cm. 15cm 15cm 10cm  
Segue sob cuidados da enfermagem. 15:30

Luva Proc (Par):	Equipo Simples (Unid.):
Luva Estéril (Par):	Equipo p/ Med (Bic):
Capote:	Seringa 10cc:
Fraldão:	Seringa 5cc:
Algodão Hidrof (Pac. 100g)	Seringa 3cc:
Aguilha 13x4,5:	Seringa 1cc:
Aguilha 25x7:	Cateter (Punção Periférica) Nº:
Aguilha 25x8:	Polifix:
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													
GLICEMIA HGT											98													
SATO <sub>2</sub>											98													
EVA											10													

## SCORE DA DOR (EVA)

LEVE

MODERADA

INTENSA

## RISCOS

## CONDUTAS

- ☒ QÜEDA  
☒ FLEBITE

- ☒ GRADES ELEVADAS, AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO, IDENTIFICAÇÃO  
☒ TROCA DO ACESSO 72h

ADENILSON BATISTA DO  
NASCIMENTO  
Nasc: 23/06/1986 - 33.3m22d  
Pac: 128428 - Print: 000170201  
RTE/728 - RITE - Sexo: M

# REAValiação MÉDICA

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

LEVE

MODERADA

INTENSA

Hora Dor: Sim ( ) Não ( ) Escala de Dor (EVA):

14:00 Re avaliação de fr de 2º-3º-4º-5º MTs @  
co: Internamento p/ tto cirúrgico

Dr. Wilton Moraes de Sá Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE: 25817

14:13 Paciente retornou melhor de quadro clínico,  
entra em contato c/ Dr. Gabriel Monteiro (amigo)  
que opta pelo tto conservador.

co: Alter Hospitalar sob observação de MT

Dr. Wilton Moraes de Sá Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE: 25817

Diagnóstico final do serviço de emergência

1-

CID 10:

2-

CID 10:

3-

CID 10:

4-

CID 10:

Horário de Conclusão do Atendimento: h

Destino do paciente

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

☒ Internamento ☐ UTI ☐ Apartamento

☐ Encaminhamento a outra especialidade

HISTÓRICO DO PACIENTE DO  
IMC-CIRENIO  
Nome: 23/06/1936 - 33.03.22.0  
Data de Nascimento: 23/06/1936 - 33.03.22.0  
Data de Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55  
Matrícula: 076943497  
N. 500:  
ORTOPEDIA  
Leito: 11000

Scanned by CamScanner



ADENILSON BATISTA DO  
 NOME INENTO  
 Nascimento: 23/06/1986 - 33.3m22a  
 Sexo: M - Raca: BRANCO - Povo: 2003/02/00  
 AMIL/728 - AMIL - Sexo: M  
 Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55  
 Matricula: 076949497  
 N. Soc:  
 ORTOPEDIA  
 Leito: URGEM

Seu

- ① Rx de Peeno (e) CAP (Perf)
- ② Rx de Pé (e) (AP/Oblíqua)
- ③ Rx de Sôco (AP)
- ④ Rx de Jôco (e) CAP (Perf)

25/10/19

Dr. Wilson Mendes da Paz Filho  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 28817



**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

Ex de moluscos @

**CONDUTA / PLANO TERAPÊUTICO**

Antigstar e Ho cirúrgica

Dr. Wilton Mota do Poz Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM de 20817

**PROTOCOLOS**

<input type="checkbox"/> SÉPSE	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> ITU
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA AO PARTO	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA DIGESTIVA	<input type="checkbox"/> IDOSO FRÁGIL	<input type="checkbox"/> CUIDADOS PALIATIVOS	
<input type="checkbox"/> CONTROLE GLICÊMICO	<input type="checkbox"/> TEV	<input type="checkbox"/> PNM NA CRIANÇA	<input type="checkbox"/> ASMA NA CRIANÇA	

**EXAMES SOLICITADOS**

<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> ECO	<input type="checkbox"/> EDA
<input type="checkbox"/> BRONCOSCOPIA	<input checked="" type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> CINTILOGRAFIA	<input type="checkbox"/> SWABS DE VIGILÂNCIA	

**MEDIDAS DE PRECAUÇÃO**

<input type="checkbox"/> ISOLAMENTO DE CONTATO	<input type="checkbox"/> ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO	<input checked="" type="checkbox"/> PADRÃO
------------------------------------------------	--------------------------------------------------	--------------------------------------------

**MEDICAÇÕES PRESCRITAS**

<input type="checkbox"/> DROGA VASOATIVA	QUAL (AIS):	
<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO	QUAL (AIS):	PREVISÃO DE TÉRMINO: _____ DIAS

Dr. Wilton Mota do Poz Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM de 20817  
MÉDICO  
(ASSINATURA E CARIMBO)

**ELABORAÇÃO**

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

**APROVAÇÃO**

Sector: DIRETORIA MÉDICA  
Nome: ADRIANA PASSOS

Viaência: 24/04/2020


Scanned by CamScanner







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

NOME		ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO Nasc: 23/06/1966 - 3333m22d RHC: 114870 - (p) 004110200 RHC/726 - RHC - Sexo: M Entrada: 15/10/2019 - Hora: 16:55 Matrícula: 076949497 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:	<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> SVA 3 X SEMANA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.												
RISCO DE FLEBITE ASSOCIADO AO USO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E/OU UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA, EVIDENCIANDO POR SINAIS FLOGÍSTICOS ESCALA DE MADOX.													
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> TROCA DE AVP A CADA 72h	15/10 TROCA 18/10											
	<input checked="" type="checkbox"/> TROCA DE EQUIPO A CADA 72h.	MSE											
	<input checked="" type="checkbox"/> VIGILÂNCIA DO SÍTIO DE PUNÇÃO.												
RISCO DE SANGRAMENTO / HEMORRAGIA RELACIONADO A:													
CD:	<input type="checkbox"/> USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM).												
	<input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____												
	<input type="checkbox"/> MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h.												
	<input checked="" type="checkbox"/> VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.												
RISCO PARA DISELUNÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA													
CD:	<input type="checkbox"/> CLORETO DE POTÁSSIO.												
	<input type="checkbox"/> CLORETO DE SÓDIO 20%.												
	<input type="checkbox"/> SULFATO DE MAGNÉSIO 50%.												
	<input type="checkbox"/> ADRENALINA.												
	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA DE FC/PA.												
CD:	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).												
	RISCO DE HIPOGLEMIA / HIPERGLICEMIA / COMA RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM.												
CD:	<input type="checkbox"/> INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO.												
	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.												
RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO À GAVAGEM DE DIETA POR SNE/GTT/DISFAGIA/IDADE ACIMA DE 65 ANOS/OUTROS:													
CD:	<input type="checkbox"/> MANTER CABECEIRA A 45°	07h - 19h					19h - 07h						
	<input type="checkbox"/> ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N.												
	<input type="checkbox"/> MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE.												
	<input type="checkbox"/> MANTER O USO DE PERÍOGARD EM PACIENTE TQT.												

Scanned by CamScanner





<b>REDE POR</b> <b>SÃO JUIZ</b>	<b>FORMULÁRIO / INSTITUCIONAL</b>			 <b>ESPERANÇA</b>
	<b>Vigência</b> 15/07/2022	<b>Revisão</b> 01	<b>Código</b> HES.INS.FOR.054	
<b>PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM</b>				

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

*Ana Raíssa Barbosa Silva*  
Cenar-PE 454390-ENF  
\_\_\_\_\_  
Assinatura/carimbo  
Enfermeiro

<b>REVISÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO SUMÁRIA</b>	<b>DATA</b>
Versão: 02	Formatação	15/07/2019
<b>ELABORAÇÃO</b>		<b>APROVAÇÃO</b>
<small>Elaborado por: [nome]</small>		<small>Serviço Coordenação de Enfermagem</small>

Scanned by CamScanner



REDE FOR SÃO JUIZ TI	FORMULÁRIO / 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 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)

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 23/06/1986 - 3343622d  
 Data: 23/06/1986 - 3343622d  
 RAIL7725 - RAIL - Sexo: M  
 Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55  
 Matrícula: 876849457  
 N. Soc:  
 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: EMG

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 de admissão, comorbidades e cirurgias prévias)

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

R - Finalizar indica as ações recomendadas (recomendações, medicação em uso e exames 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 ☐ Disglicemia ☐ Broncoaspiração ☐ Queda ☐ Perda de dispositivo

☐ Lesão de pele ☐ Hipotensão ☐ Suicídio ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**A**  
(AVALIAÇÃO)  
• Avaliação clínica

Horário saída: \_\_\_\_\_

PA = \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg / FC = \_\_\_\_\_ bpm / FR = \_\_\_\_\_ / Sat.O<sub>2</sub> = \_\_\_\_\_ % / Temp. = \_\_\_\_\_ °C

Horário chegada: \_\_\_\_\_

PA = \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg / FC = \_\_\_\_\_ bpm / FR = \_\_\_\_\_ / Sat.O<sub>2</sub> = \_\_\_\_\_ % / Temp. = \_\_\_\_\_ °C

**R**  
(FINALIZAÇÃO)  
• Recomendações  
• Medicação em uso  
• Exames 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/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	



<b>REDE POR</b> <b>SÃO LUÍZ</b>	<b>FORMULÁRIO/ INSTITUCIONAL</b>				 <b>ESPERANÇA</b> <b>RECIFE</b>
	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  
☐ Cardiotorácica  
☐ Cirurgia geral

☐ Cirurgia vascular  
☐ Cirurgia plástica  
☐ Outra: \_\_\_\_\_

☐ Ginecologia e Obstetrícia  
☐ Neurocirurgia

☒ Ortopedia  
☐ Urologia

HD: EX 4775 (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**

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

☐ Cirurgia de porte médio e alto

Idade

> 60 anos □

Fatores de risco para TEV\*?

Sim □ Não □

40-60 anos □

Fatores de risco para TEV\*?

Sim □ Não □

< 40 anos □

Fatores de risco para TEV\*?

Sim □ Não □

**RISCO INTERMEDIÁRIO**

□ Sim

Métodos mecânicos

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

Desambulação precoce  
Fisioterapia  
Heparina não utilizada  
Glicosilado  
Classe 1

Data início:      /      /      Data final:      /      /     

(Reavaliar em 2 dias)

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

☐ Endoscópica\*  
☐ Laparoscópica  
☐ Superficial (mama, plástica, dermatológica)  
☐ Oftalmológica  
☐ Outras: \_\_\_\_\_

**RISCO BAIXO**

**Heparina\***

Risco alto	Risco Intermediário
<input type="checkbox"/> HNF <input type="checkbox"/> Enoxaparina	<input type="checkbox"/> 5.000 U 3x/d <input type="checkbox"/> 40 mg 1x/d
<p>Data início: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u> Data final: <u>    </u> / <u>    </u> / <u>    </u></p>	

□ Associação

☐ Compressão Pneumática Intermitente  
☐ Meia Elástica de Compressão Gradual  
☐ Fisioterapia

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 (Não considerar se Cesárea)  
☐ ICC classe III ou IV  
☐ História prévia de TEV  
☐ Infecção  
☐ Pré-Eclâmpsia

☐ Insuficiência arterial periférica  
☐ Internação em UTI  
☐ Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>)  
☐ Paresia ou paralisia de MMII  
☐ Químio/Hormonioterapia  
☐ Reposição hormonal/CCH  
☐ Síndrome nefrótica ativa  
☐ Trombofilias  
☐ Varizes/Insuficiência venosa

\* 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 faz profilaxia. Porque?** ☐ Não prescrição ☐ Recusa do paciente ☐ Contra-indicação para profilaxia medicamentosa

**Complicações de profilaxia. Qual?**

☐ Sangramento intracraniano  
☐ Sangramento menor

☐ Sangramento retroperitoneal  
☐ Plaquetopenia

☐ Sangramento fatal  
☐ Alergia

☐ Sangramento que necessitou de transfusão  
☐ 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 WH et al. Prevention of venous thromboembolism (8th Edition of ACCP Guidelines). Chest 2008; 133:2618-4538; 2. Diretriz Brasileira de Profilaxia de TEV em Paciente Clínico Internado. Disponível online em [http://www.projetodiretrizes.org.br/d4\\_volume/3\\_Rocha\\_AT\\_et\\_al\\_Osteolytic\\_Surgery\\_2008\\_19\(13\):1648-52](http://www.projetodiretrizes.org.br/d4_volume/3_Rocha_AT_et_al_Osteolytic_Surgery_2008_19(13):1648-52); 4. Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism in patients undergoing surgery (<http://www.nice.org.uk/CG48>).

<b>ELABORAÇÃO</b> _____	<b>APROVAÇÃO</b> Setor: Direção Médica
----------------------------	-------------------------------------------

Scanned by CamScanner

Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051940300000057017976>

Número do documento: 20021410051940300000057017976

Num. 57971191 - Pág. 12

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

DATA:     /     /     PESO:     Kg

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA			APRAZAMENTO DA DIETA						
DIETA	VIA ORAL LIVRE		DIETAS	DIETAS	DIETAS	HORA INÍCIO		HORA FIM	
						1ª DIETA		2ª DIETA	
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 Mendes da Paz Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 26617

Scanned by CamScanner







## Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que o senhor (a) DENILSON BORISTA  
do NASCIMENTO, foi atendido (a) neste serviço,  
no dia 15 / 10 / 19, portador de CID S923.

- ☒ Necessitando afastar-se das atividades (no trabalho ou escola)  
por um período de 7 QUIN dia (s).
- ☐ Estando apto para voltar ao trabalho.
- ☐ Como acompanhante.
- ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Recife, 15 de OUTUBRO de 2019.

Dr. Wilson Mota da Silva Filho  
Ortopedista Traumatologista  
CRM 11.111-1  
Médico(a)

Autorizo o registro do CID neste documento. \_\_\_\_\_

Emergência Geral 24h • Ampla rede de atendimento • (081) 3131-7878 • www.hospitaldesperanca.com.br  
Rua Antônio Gomes de Freitas, 205 • 11º andar Torre • Recife-PE • CEP: 50.070-480





**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) 3131-7678 www.hospitalesperanca.com.br

Scanned by CamScanner







# 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: ____/____/____	

*Dr. Wilson M. Silva*  
Ortopedia  
CRM 123456  
(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-sam.br

Scanned by CamScanner





# 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 para múltipla</i>	15/10/2019 a 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 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

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051940300000057017976

Número do documento: 20021410051940300000057017976

Num. 57971191 - Pág. 17



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 98446-8447 - E-mail: contato@mafmed.com - www.mafmed.com.br - CNPJ 19.949.337/0001-78





## Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que o senhor (a) DENILSON BOTISTO  
do NASCIMENTO, foi atendido (a) neste serviço,  
no dia 15 / 10 / 19, portador de CID S923.

- ☒ Necessitando afastar-se das atividades (no trabalho ou escola)  
por um período de 7 DIAS (s).
- ☐ Estando apto para voltar ao trabalho.
- ☐ Como acompanhante.
- ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Recife, 15 de OUTUBRO de 2019.

Dr. Wilson Mota da Costa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11.176.17  
Médico(a)

Autorizo o registro do CID neste documento. \_\_\_\_\_

Emergência Geral 24h - Ampla rede de convênios - (81) 3131.2878 - [www.hospitalesperanca.com.br](http://www.hospitalesperanca.com.br)  
Rua Antônio Gomes de Freitas, 265 - Ilha de Leite - Recife-PE - CEP: 50.020-480





ADENILSON BATISTA DO

NASCIMENTO

Nome: 23/06/1986 - 33a4n5d

Rua: 1784828 - Pront: 000079200

RHIL/726 - RHIL - 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. Wilton Mendes de Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1784828

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

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051940300000057017976>

Número do documento: 20021410051940300000057017976

Num. 57971191 - Pág. 20



## ORTOCLÍNICA

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 CLÍNICA 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 2°, 3°, 4° E 5° METATARSO

CID: S92.3

DATA: 10/01/20

R. Freire Monteiro, nº 842,  
Madalena - Recife/PE

(81) 3227-5593 / 3227-6523  
3332-5489 / 98128-9119

Dr. Gabriel Freire Monteiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - PE: 18412 / SBOT 14203

Scanned by CamScanner









Cama Hospitalar \* Cadeira de Rodas \* Guincho \* Cadeira Higiénica \* Colchão Pneumático \* Andador \* Muletas

**FATURA LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS**

**DATA DA EMISSÃO: 16/10/2019**

**Nº 021611 / 2019**

CNPJ: 19.949.337/0001-78

Inscrição Estadual: 057025002

Razão Social: Marcelo A. M. Mingati Materiais Hospitalares – ME

Endereço: Rua Arnaldo Bastos, Nº 83 – Madalena – CEP 50610-130

Município: Recife

UF: PE

Email: contato@mafmed.com

Natureza da Operação: Locação de Bens e Móveis

**1ª VIA CLIENTE**

**TOMADOR DE SERVIÇOS**

CPF/CNPJ: 331.073.514-15

Nome/Razão Social: JOACIR BATISTA DO NASCIMENTO

Endereço: RUA RIO JABOATÃO, 397 B

Município: RECIFE

Estado: PE

Cep: 50721520

**DADOS DA LOCAÇÃO**

CÓDIGO DESCRIÇÃO

13/00078 MULETA CANADENSE ( PAR )

PERÍODO

16/10/2019 à 16/11/2019

VALOR

R\$ 30.00

**mafmed PAGO**  
HOME CARE

**DADOS BANCÁRIOS: Banco Santander (033) Agência: 3749 C/C: 13002163-1**

**VALOR TOTAL DA FATURA R\$ 30.00**

Código da atividade prestada

7739002 - Locação de Equipamentos

Valor total das deduções R\$

Base de Cálculo R\$

Alíquota (\*)

Valor do ISS R\$

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

\* Atividade isenta da emissão de N.F de prestação de serviços conforme LC 116.

Rua Arnaldo Bastos, 83 – Bairro: Madalena – Recife-PE – CEP: 50610-130

Fone (81) 3445-5200 / 3072-6200 / 99542-097

Site: www.mafmed.com.br

e-mail: contato@mafmed.com

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051962500000057017992>

Número do documento: 20021410051962500000057017992

Num. 57971207 - Pág. 1



46630/19



**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 13ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA**  
Estrada Velha do Bongi, 922, bairro do Bongi, Recife- PE – CEP: 50.830-260  
Telefones: 3184-3448 / 3184-3787

Ofício nº 058/2019

Recife, 18 de Outubro de 2019.

**DO: DR. ÉLDER BEZERRA TAVARES DA SILVA**  
Delegado de Polícia da Delegacia de Polícia da 13ª Circunscrição - Mustardinha

**AO: Gestor do Instituto de Medicina Legal Persivo Cunha – IML**

Ref. BOE nº 19E0096006504

Senhor Gestor,

Pelo presente, visando instruir os autos do Inquerito Policial em epígrafe,

**REQUISITO** de V.Sª., a realização da **PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA**, na pessoa de Adenilson Batista do Nascimento RG nº 6.387.826  
SSP/PE Filho de Jacira Batista do Nascimento  
e Rosineide Batista do Nascimento.

Requisito também, considerando a urgência que as investigações requerem, o cumprimento do **prazo legal de 10 dias** para elaboração do referido laudo pericial, conforme preceitua o art. 160 do Código de Processo Penal, podendo este ser prorrogado a requerimento do perito designado para tal.

No mais, aproveito o ensejo para renovar os meus protestos de elevada estima e distinta consideração, e ressaltar que o **LAUDO PERICIAL** deverá ser encaminhado a esta Delegacia de Polícia, dentro do prazo acima estipulado.

Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Defesa Social  
Polícia Civil de Pernambuco  
Instituto de Medicina Legal  
Traumatologia

Atenciosamente,

  
**ÉLDER BEZERRA TAVARES DA SILVA**  
Delegado de Polícia

06 NOV. 2019

As 09,25

Scanned by CamScanner





CÓPIA AUTÊNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 46630 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013A. CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA  
Ofício nº. 058 / 2019 Data 6 / 11 / 2019.  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013A. CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 09:22 do dia 6 de Novembro de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO** filho(a) de **JOACIR BATISTA DO NASCIMENTO** e de **JOSINEIDE BATISTA DO NASCIMENTO**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Casado (a)**, aparentando a idade de **33 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 6384826**, profissão **AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS**, endereço **RUA IGUARACI, nº 63, complemento: NÃO INFORMADO, bairro TORROES, telefone/s, (81)98853-4983, RECIFE - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

**HISTÓRICO:**

Refere o periciando ter sido vítima de acidente de trânsito (atropelamento-carro-bicicleta) no dia 15/10/2019 por volta das 15:40 horas, tendo sido socorrido pela parte envolvida no acidente e encaminhado para o Hospital Esperança. Apresenta laudo assinado pelo médico Wilton Matos da Paz Filho, CRM 26617, que diz: "...O paciente Adenilson Batista do Nascimento, 33 anos, vítima de atropelamento (carro-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 esquerdo. Foi optado inicialmente pelo tratamento conservador no qual o paciente teve o membro inferior esquerdo imobilizado com tala bota e realizado medicações para o controle do quadro algíco. O paciente teve melhora algíca, recebendo alta hospitalar e sendo orientado acompanhamento ambulatorial com especialista em pé. Recife 15/10/2019"...

**DESCRIÇÃO**

**Exame Físico:**

Periciando deambulando com auxílio de muletas e em uso de tala bota no membro inferior esquerdo. Apresenta edema da região dorsal do pé esquerdo. Rx evidencia fraturas do 2º ao 5º metatarsos esquerdo

**DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:**

Periciando vítima de acidente de trânsito no dia 15/10/2019 ainda em tratamento. Ainda não encontra-se restabelecido do ponto de vista médico legal. Solicito perícia complementar com 90 dias.

**QUESITOS:**

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Aguardar exame complementar.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Aguardar exame complementar.







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr<sup>o</sup>: SILVIO BARBOSA DE MORAIS JUNIOR -  
CRM 10908.



Polícia Científica  
SDS-PE

Assinado digitalmente por **SILVIO BARBOSA DE MORAIS JUNIOR**, Médico Legista, Matrícula nº 209.562-9, CPF: xxx.670.904-xx, em 06/11/2019 10:20:27.

Autenticidade, integridade e inalterabilidade deste arquivo eletrônico podem ser conferidas em: <http://validador.sds.pe.gov.br/>

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
Secretaria de Defesa Social  
Diretoria de Polícia Científica

On autenticidade e integridade em vigor, em autenticidade e integridade  
autenticidade com valor de original, por autenticação  
da **ADERILSON BARBOSA**

**Nascido em** 28/11/19 **1114**  
Pelo Ofício Nº **1114**  
Datação de **28/11/19**  
Assinado por **Adilson**

Funcionário - Assinatura

**Fábio Farias Alvim**  
Assistente em Gestão Pública  
Matrícula nº 263.378-7

Assinado digitalmente por SILVIO BARBOSA DE MORAIS JUNIOR, Médico Legista, Matrícula nº 209.562-9, CPF: xxx.670.904-xx, em 06/11/2019 10:20:27. Página 2 de 2.

