

PESSOA TOMÉ

ADVOGADOS

PROCURAÇÃO AD JUDICIA E ET EXTRA

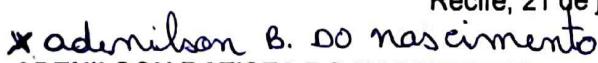
OUTORGANTE: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade nº 6384826 SDP/PE, inscrito no CPF: 060.799.324-31, residente e domiciliado à Rua GUARACI, 63, TORROES, Recife/PE, CEP: 50640-450

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: pessotomeadvogados@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 judicia 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 cadastramento, 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 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: pessotomeadvogados@hotmail.com.

Recife, 21 de janeiro de 2020


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



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 1^a instância e na 2^a 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 *Romicedes silvestre Tome*
ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO **ROMICEDES SILVESTRE TOMÉ**
CONTRATANTE CONTRATADO

TESTEMUNHA 1: _____ TESTEMUNHA 2: _____

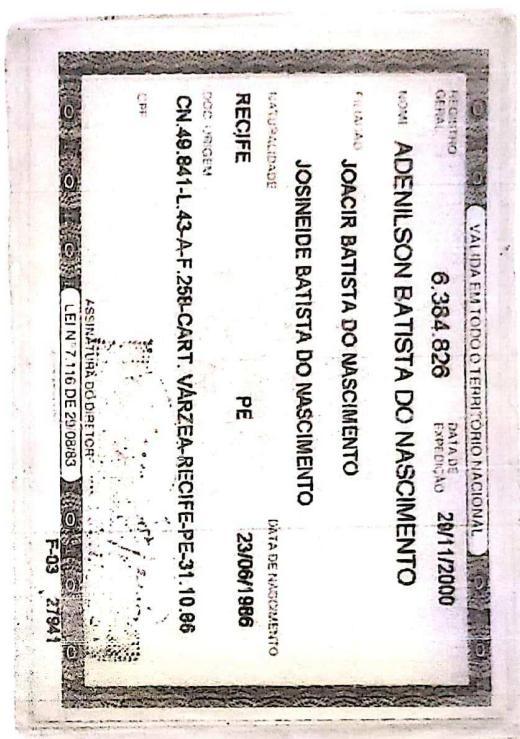
TOMÉ SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, situada em:

"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



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051901400000057017310>
Número do documento: 20021410051901400000057017310

Num. 57970525 - Pág. 1



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051901400000057017310>
Número do documento: 20021410051901400000057017310

Num. 57970525 - Pág. 2

As Loterias CAIXA

CELEP
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - Pernambuco CEP 50050-902
CNPJ 10.835.032/01-18 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celep.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CEH 0631234400

TORRUES/RECIFS

CLASSIFICAÇÃO

50640-450

CARTA DE CREDITO
7000504283 10/2019
DATA DE VENCIMENTO DATA DE PREVISÃO PARA HABILITAR
31/10/2019 25/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 178,68

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	183.000000	0,1108952	148,35
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,12
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,43
Contrib Ilum Pública Municipal			23,94
			0,01

ICMS Subvenção-CIDE-NF 017473/2500-22/03/19

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								178,68
NR DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA LEITURA	DATA LEITURA	ATUAL LEITURA	WPE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MW)
91408342	447	7/10/2018	7/10/2018	24/10/2019	17 572,00	31	1 600/0	183,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEIS DE TENSÃO		
COMUNTO	MÉDIA MENSAL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						MÍNIMO	MÁXIMO
DIC	0,00	4,95	8,81	19,82	220	202	231
FIC	0,00	3,11	6,22	12,45			
DMIC	0,00	2,77	0,00	0,00			

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=2002141005191330000057017316>
Número do documento: 2002141005191330000057017316

Núm. 57970531 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DÍM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0096006504

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

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA**

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 PROFISSÕES** 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: **AUTOMÓVEL/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 COMPARCEU 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

✓ adenilson B. do nascimento

**ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO
(VITIMA)**

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



14/10/2019 10:05:19

14/10/2019 10:05:19

Scanned by CamScanner



LIDER

Seguro DPVAT - Proteção para todos

6

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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



Correio
RS 018
IT-29-144

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

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=2002141005193070000057017974>
Número do documento: 2002141005193070000057017974

Num. 57971189 - Pág. 1



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 4020-1598 (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: 000000878

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.tjepe.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. 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 Lider-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15215647

Scanned by CamScanner



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

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

Número do documento: 20021410051930700000057017974

Num. 57971189 - Pág. 3



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 4020-1586 (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, retorno 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 de 15220526

Scanned by CamScanner



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0440491/19

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

CPF: 060.799.324-31

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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 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 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

raiannne
RAIANNE SILVA BARBOSA

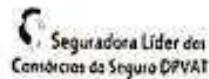
Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051930700000057017974>
Número do documento: 20021410051930700000057017974

Num. 57971189 - Pág. 5

RECEBIMENTO 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

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 médica-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

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
RAIANNE SILVA BARBOSA

Sinistro: 3190 686199 // 3190 686237
Tel para: 3087-9222

Scanned by CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
060.799.3211-31 ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FABIA 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 IGUARACI
11 - Bairro: TORRÕES 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50640450
15 - E-mail: PRADO312320 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 (ANEXO 1 SUPRA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 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)

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 54691 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Assento a Seguradora Lider 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 Lider 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 vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

Entro de direito que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, que de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir 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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Recife 09/12/19
Adenilson B. do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALFABETIZADO

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTIMUNHA



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

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica

Não permite aproveitamento de crédito do ICMS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO			
	QTD	UN	VL.UNIT	VL.TOTAL(R\$)
0000000000071	PROTETOR ORTO Perna Inteira ADULTO			
1,00	UNI		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
CARTÃO 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%)

ÁREA DA MENSAGEM FISCAL

EMISSÃO 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



PARCELO COMERCIO DE PROD. C.I.J:07.499.776/0001-30
E. T. 246, Cordeiro, Recife, PE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Elétrônica

EMITIDA EM CONTINGÊNCIA.

Pendente de autorização

DETALHAMENTO	QTD	UN	VAL.	UN	VAL.	TOTAL
702361 MIOSAN 5MG	10	CPMP	10X15,00	15	15,00	150,00
23238 FLANC 500MG C/14	1	CPM	36,50	36	36,50	36,50
180150041155 NF	1	CPM	20,18	20	20,18	20,18
Desconto			5,19			14,99
TOTAL						14,99
VALOR PAGO						3
VALOR PAGO						22,06
DESCONTO PE						2,14
VALOR A PAGAR						66,87
Cartão de Déb						66,87

EMITIDA EM CONTINGÊNCIA

Número: 114970 Série:

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 PODE

EMITIDA EM CONTINGÊNCIA

Pendente de autorização



MD5: 846CEFDU29F1996F8DD60A3F075C0F
PV0000657474

VOCE ECONOMIZOU.....: R\$ 5,19

Balc: 830 N. Controle: 1551710

AGRADECemos A PREFERENCIA

ENTRE TA 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: xxxxxxxxxxxx4605

AUTORIZACAO: 921736

AROC:9032C97F9B2EC13E

ATD: A00000000305076020

TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE
USO DE SENHA PESSOAL.

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

Scanned by CamScanner



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

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

Número do documento: 20021410051930700000057017974

Num. 57971189 - Pág. 9

ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO
Nasc: 23/06/1986 - 33a4m5d
Reg: 1784828 - Pront: 000079200
RMIL/7/26 - RMIL - Sexo: M
Entrada: 15/10/2019 - Hora: 16:56
Matrícula: 078949497
N. Soc:
ORTOPEDIA
Leito: URGEN


- 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. WILTON MACHADO DE SOUZA
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 11517

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

Scanned by CamScanner



RED. DOR SÃO BERNARDO	FORMULÁRIO / EMERGÊNCIA			Orla
	Vigência 05/06/2022	Revisão 06	Código: HES.EMG.FOR.010	Página 1/4

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Procedência

Domicílio Outro Hospital Home Care Outros: _____

* Caso procedente de outro hospital, home care ou clínica de hemodiálise, seguir protocolo de medição de pressão do contato da CCIH.

Horário do inicio de atendimento SMART : h Horário de inicio de atendimento leito : h

QUEIXA PRINCIPAL:

SSV: FR _____ FC _____ PA _____

SATURAÇÃO O2

DOR SIM NÃO LOCAL DA DOR _____

TEMPERATURA: _____

Alergias Sim Não Quals: _____

Assin. Enfermagem: _____

Horário do inicio 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
DM	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Etilismo	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Asma/DPOC	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Angina/AM	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
AVC	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Dist. coag.	<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
IRA/IRC	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Uso de QT	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Outros:					

Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Internamento último 90 dias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Motivo:		
Uso de ATBs nos últimos 60 dias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Quals:		
Cirurgias Prévias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Quals:		
História de Doença Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Nível de Risco:		

H.D.A

Acidente recente agravante Lé 10 min, ontem c/ dor e dureza no pé (e)

Medicamentos em uso

Nega

Exame físico

Geral: Temperatura °C

ORL:

AR: FR bpm

ACV: PA / mmHg FC bpm

ABD:

SN:

Extremidades:

Hipóteses diagnósticas

1 - Tensão no pé (e)

CID 10:

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



Anotações de enfermagem

Pcte admitido neste serviço com queixa de dor edema em pé esq. após Trauma. Realizado Rx aps avaliação de ortopedista. Medicado conforme prescrições médica, punções AVP em MSE, cateter 22 com resto. Sóciado intermitente cirúrgico segue os cuidados da queixa, orientado e sinalizado quanto ao risco de queda.

Ana Beatriz Barbosa Silva
Coren-PE 43990 - ENF

18:30 Realizado imobilização com correntina de banha conforme prescrição médica. 03 gesso / 03 crepe 02 met. malla 10cm.
15cm 15cm 10cm 10cm x 10cm x 10cm x 10cm
Segue aos cuidados da enfermagem.

Luva Proc (Par):	Equipo Simples (Unid.):
Luva Estéril (Par):	Equipo p/ Med (Bic):
Capota:	Seringa 10cc:
Fraldão:	Seringa 5cc:
Algodão Hidrof (Parc. 100g)	Seringa 3cc:
Aguila 13x4,5:	Seringa 1cc:
Aguila 25x7:	Cateter (Punção Periférica) N°:
Aguila 25x12:	Polifix:
Aguila 40x12:	IV Flx:
	Microclave:

MONITORAMENTOS

Horas	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																									
SATO ₂													98												
EVA													10												

SCORE DA DOR (EVA)



RISCOS	CONDUTAS
<input type="checkbox"/> QÜEDA	<input checked="" type="checkbox"/> GRADES ELEVADAS, AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO, IDENTIFICA
<input type="checkbox"/> FLEBITE	<input checked="" type="checkbox"/> TROCA DO ACESO 72h

ADENILSON BASTISTA DO NASCIMENTO
Nasc. 23/06/1986 - 33,3m22d
Peso 76,2kg - Peso 000459000
AMIL7726 - ANIL - sexo: M

Scanned by CamScanner



REAVALIAÇÃO MÉDICA

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

LEVE

MODERADA

INTENSA



Hora

Dor: Sim () Não ()

Escala de Dor (EVA):

14:00 Re-entrevista de fp do 2º-3º-4º-5º 117756

co: Internamento p/ tbc crurígraca

Dr. Wilson Mello ~~CRM-PE: 26017~~
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE: 26017

14:13 Fazendo reunião entre os gestores, entra em contato c/ Dr. Gabriel Monteiro (autu) que opta pelo tbc conservador.

co: ① Alta hospitalar sob orientação do M

Dr. Wilson Mello ~~CRM-PE: 26017~~
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE: 26017

Diagnóstico final do serviço de emergência

1 -

CID 10:

2 -

CID 10: -

3 -

CID 10: -

4 -

CID 10: -

Horário de conclusão do atendimento: 14:13

Destino do paciente:

Alta hospitalar Alta a pedido Evasão Óbito Transferência

NOTA DE SAÍDA DO

MOVIMENTO

Nasc: 23/06/1936 - 33.3x22d

Entrada: 15/10/2019 - 15:55

Matrícula: 075943497

N. Soc:

Internamento uni Apartamento

Encaminhamento a outra especialidade

ORTOPEDIA

Leito: 1000



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

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

Número do documento: 20021410051940300000057017976

Num. 57971191 - Pág. 5

Scanned by CamScanner

ADENILSON BATTISTA 00
NOSSO INERIO
Nome: 23/06/1936 - 03,3m22,0
Sexo: M - Profissão: Pintor
RH117728 - ANIL - Sexo: M
Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55
Matrícula: 076949497
N. Socio:

ORTOPEDIA
Leito: URGEM

Seu(a) Tc

- 1 Rx de Perno (e) CAP (Rofal)
2 Rx de Pé (e) (AP/Obligue)
3 Rx de Socia (AP)
4 Rx de Deterior (e) CAP (Rofal)

5/10/19

Dr. Wilson Matos da Paz Filho
Ortopedista e Traumatologista
021-2544-26511

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051940300000057017976>
Número do documento: 20021410051940300000057017976

Num. 57971191 - Pág. 6

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Ex de mordentes (e)

CONDUTA / PLANO TERAPÊUTICO

Antigas + Ho cirurgice

Dr. Wilton Mello do Poço Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE 010925-17
(ASSINATURA E CARIMBO)

PROTOCOLOS

<input type="checkbox"/> SEPSI	<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 PALLIATIVOS	
<input type="checkbox"/> CONTROLE GLICÉMICO	<input type="checkbox"/> TEV <input type="checkbox"/> ALERGIA	<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 (A/I):	
<input type="checkbox"/> ANTIHIBÓTICO	QUAL (A/I):	PREVISÃO DE TÉRMINO: _____ DIAS

Dr. Wilton Mello do Poço Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE 010925-17
(ASSINATURA E CARIMBO)

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Setor: COMISSÃO DE PRONTUÁRIO Nome: ADRIANA PASSOS Assinatura/ Data: Materia: 04/04/2020	Setor: DIRETORIA MÉDICA Nome: ADRIANA PASSOS

Scanned by CamScanner



Elaboração
03/09/2014Efetivação
25/04/2017Código:
HES.INS.FOR.50Versão:
02Página
1/1

ADMISSÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO: / /

REGISTRO:

DATA DA ADMISSÃO: / /

ADENTONOR CRISTINA DU
BRAGIMENTO

Nasc: 23/06/1966 - 33,3m 72,4

Cpf: 048.940.991-00 - Front: 000459260

RHIL7726 - RHIL - Sexo: M

Entrada: 15/10/2019 - Hora: 16:55

Matrícula: 076949497

N. Soc:

ORTOPEDIA

Leito: URGEN

ANAMNESE

MÉDICO ASSISTENTE:

FONE:

QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO: Dor em pé (E)

H.D.A: Dorante vibração do estetoscópio Lé, 1 lh,
envolvendo a dor os dedos indicados com o pé (E)

Rx: Rx de náuseas (E)

EXAME FÍSICO: Ópticas 24/4+ pés (E)

Dr. Wilson Mello de Matos Filho
Oficina de Traumatologia
CNPJ: 25.617.256/0001-10

AR: FR _____ bpm _____ SaTO2: _____

TEMPERATURA: _____ °C

ACV: PA _____ mmHg FC _____ bpm

ABD: _____

SNC: _____

EXTREMIDADES: _____

RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA - MEDICAÇÃO EM USO DURANTE

MEDICAÇÕES SUSPENSAS NO INTRAMAMENTO - (FAVOR MENCIONAR MOTIVO)

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															
DATA	15/10/19														
REGISTRO															
LEITO															
DIAGNÓSTICO	Fratura de metatarso. (C)														

ADENTURO BATISTA DO
NASCIMENTO
Nasc: 23/06/1966 - 33a36224
Sexo: M - RG: 000176200
PML/726 - Matri: - Sexo: M
Entrada: 15/10/2019 - Hora: 16:55
Matricula: 076949497
N. Sec: 1344688
ORTOPEDIA
Leito: URGEM

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		06	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		INT 15/10		TROCA 18/10													
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> TROCA DE EQUIPO A CADA 72h.				MSE													
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> VIGILÂNCIA DO SITIO DE PUNÇÃO.																	
RISCO DE SANGRAMENTO / HEMORRAGIA RELACIONADO																		
CD:	<input type="checkbox"/> USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM).																	
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:																	
CD:	<input type="checkbox"/> MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h.																	
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.																	
RISCO PARA DISFUNÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA																		
CD:	<input type="checkbox"/> CLORETO DE POTÁSSIO.																	
CD:	<input type="checkbox"/> CLORETO DE SÓDIO 20%.																	
CD:	<input type="checkbox"/> SULFATO DE MAGNÉSIO 50%.																	
CD:	<input type="checkbox"/> ADRENALINA.																	
CD:	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA DE FC/PA.																	
CD:	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).																	
RISCO DE HIPOGLECEMIA / 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.																	
CD:	<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														
CD:	<input type="checkbox"/> ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N.																	
CD:	<input type="checkbox"/> MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE.																	
CD:	<input type="checkbox"/> MANTER O USO DE PERÍOGARD EM PACIENTE TQT.																	

Scanned by CamScanner



REDE DOR SÃO JUAN	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 ESCORE DA ESCALA DE MORSE E/OU USO DE MEDICAÇÕES POTENCIALIZADORAS					
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					
RISCO DE DOR AGUDA RELACIONADO A dor em pé esq. EVIDENCIADO PELO SCORE de EVA.					
CD:	<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR ESCORE DE DOR (EVIDENCIANDO INTENSIDADE, LOCAL, CARACTERÍSTICAS).				
RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO RELACIONADO A FATORES DE RISCOS INTRÍSECOS E/OU COMPLEXIDADE DE PROCEDIMENTO.					
CD:	<input type="checkbox"/> CLASSIFICAR RISCO DE TEV NAS PRIMEIRAS 24h.				
	<input checked="" type="checkbox"/> REAVALIAR CLASSIFICAÇÃO DE RISCO A CADA 48h.				
Risco					
CD:	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
Risco					
CD:	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

Ana Rafaela Barbosa Silva
 CRPF 454390-ENF
 Assinatura/carimbo
 Enfermeiro

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

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
	Catia Coordenadora de Informações

Scanned by CamScanner



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

RESUMO DE TRANSFERÊNCIA INTERNA

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

- PACIENTE DE ALTO RISCO (transportar com maqueiro ou técnico de enfermagem, médico a enfermeiro)

PACIENTE DE MÉDIO RISCO (transportar com maqueiro, técnico de enfermagem e/ou enfermeiro)

PACIENTE DE BAIXO RISCO (transportar com maqueiro e/ou técnico de enfermagem)



MOTIVO DA REMOÇÃO DO PACIENTE

DATA: 15/10/19

- REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS/EXAMES:
 TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES:

SETOR DE ORIGEM:

SETOR DE DESTINO:

SETOR DE DESTINO: 010

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 - Backgrounand endereçar informações breves e pertinentes relacionadas à situação atual (diagnósticos da admissão, comorbidades e cirurgias previas).

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

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

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

INTERCORRÊNCIAS DURANTE O TRANSPORTE E/OU NO SETOR DE DESTINO? SIM NÃO

GUARISI

Adriana Rabelo Batista Sampaio
Adm. de Carimbo do
Acre - PE 4500-000

**Assinatura e carimbo do profissional
(SETOR DE ORIGEM)**

**Assinatura e carimbo do profissional
(SETOR DE DESTINO)**

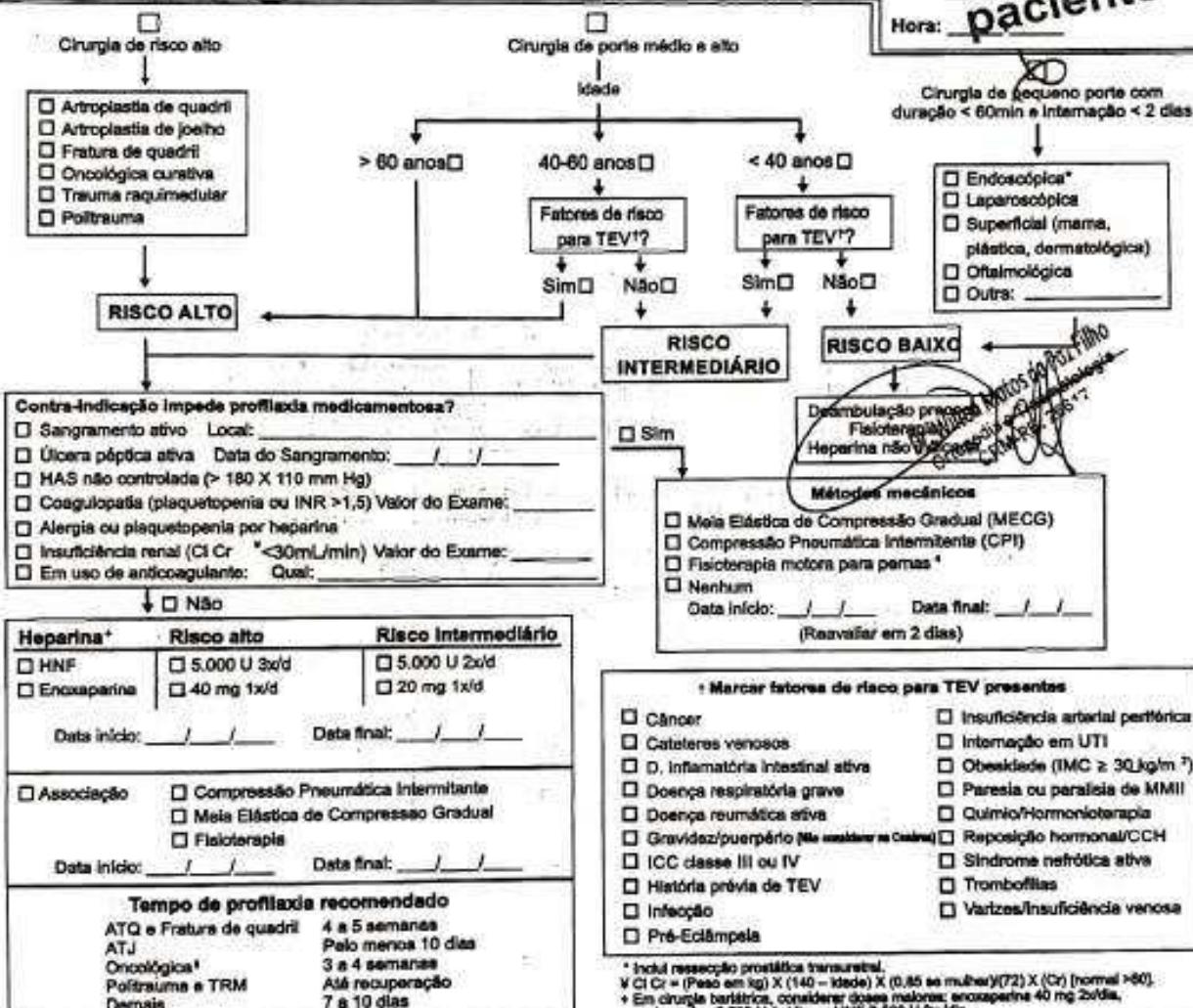
REVISÃO	DESCRÍÇÃO SUMÁRIA	DATA
Versão: 01	Formatação	05/06/2019
ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO	
	Saúde: Direcção Médica	



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 4775 (2)Data: / /Nome: Etiqueta
do
paciente
Data: / /
Hora: / /

* Marcar fatores de risco para TEV presentes:

- Câncer Insuficiência arterial periférica
 Cateteres venosos Internação em UTI
 D. Inflamatória Intestinal ativa Obesidade (IMC $\geq 30 \text{ kg/m}^2$)
 Doença respiratória grave Parésia ou paralisia de MML
 Doença reumática ativa Quimio/Hormonioterapia
 Gravidez/puerpério (se inabilitada) Reposição hormonal/CCH
 ICC classe III ou IV Síndrome nefrótica ativa
 História prévia de TEV Trombofilias
 Infecção Varizes/Insuficiência venosa
 Pré-Eclâmpsia

* Inclui nessecária prostática transuretral.
V Cl Cr = (Peso em kg) X (140 - idade) X (0,65 se mulher)/(72) X (Cr) (normal > 60).
+ Em cirurgia barítrica, considere 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 2004; 133:3818-4330; 2. Diretriz Brasileira de Profilaxia de TEV em Paciente Clínico Internado. Disponível online em <http://www.profilaxiavte.org.br/>; volume: 3. Rocha AT et al. Obesity Surgery 2006; 19(12):1648-55; 4. Venous Thromboembolism in Inpatients undergoing surgery (<http://www.nice.org.uk/C040>).

ELABORAÇÃO
_____APROVAÇÃO

Setor: Direção Médica

PREScriÇÃO MÉDICA

DATA: / / PESO: ___ Kg

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

PREScriÇÃO MÉDICA			APRASAMENTO DA DIETA				
DIETA	VIA ORAL LIVRE		DIRIGIR	DIRIGIR	CHOCOLATE	HORA PÓS	HORA VENCIMENTO
					1ª ETAPA		
					2ª ETAPA		
MEDICAÇÕES	ITEM	NOME DA MEDICAÇÃO	DOSE	VIA	INTERVALO	APRASAMENTO DA MEDICAÇÃO	
	1	JELCO HIDROLISADO					
	2	TRAMAL - 01 AMPOLA + 100ML SF 0,9%	8MG	EV	8/8H		
	3	D/PIRONA - 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 S/IN VÓMITOS	
	6	TYLEX - 01 COMPRIMIDO	30MG	VO	8/8H	S/N	
	7	CCGG + SSVV					
	8	MANTER MIE ELEVADO					
	9	() DERSAN () FRALDÃO () SOAPEX () PRATIDERME () CREME BARREIRA () DERMODEX () REPARIL GEL () CAVILON CREME () CAVILON SPRAY () BEPANTOL EM LÁBIOS () PERIOPARD () CEPACOL () DERMACERIUM					
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

*Dr. Wilson M. da Paz Filho
Oftalmologista
CRM-SP 26617*

Scanned by CamScanner





Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que o senhor (a) DJENILSON BORIS
do NASCIMENTO, foi atendido (a) neste serviço,
no dia 15 / 10 / 19, portador de CID 5923.

- Necessitando afastar-se das atividades (no trabalho ou escola)
por um período de 70/100 dia (s).
- Estando apto para voltar ao trabalho.
- Como acompanhante.
- Outros: _____

Recife, 15 de OUTUBRO de 2019.

Dr. Wilson Mello da Cunha Filho
Ortopedia e Traumatologia
CIRURGIA
Médico(a)

Autorizo o registro do CID neste documento.

Av. dos Estados, 2500 - Ampla rede de conveniência - (011) 3131-7878 - www.hospitaloesperanca.com.br
Bela Vista - São Paulo - SP - CEP: 01300-480





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) 5151-7678 www.hospitalesperanca.com.br

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051940300000057017976>
Número do documento: 20021410051940300000057017976

Num. 57971191 - Pág. 15



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.	Órg. Emissor:	
End.:		
Cidade:	UF:	
Telefone:		ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: _____

Dr. Wilson M. da C. Gomes
(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) 2121-7878 www.hospitalesperanca.com.br

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051940300000057017976>
Número do documento: 20021410051940300000057017976

Num. 57971191 - Pág. 16

OBJETO: EQUIPAMENTO HOSPITALAR

PRESENTE NO CONFORTO DE SUA REABILITAÇÃO

O presente instrumento de Contrato de Locação de Equipamento Hospitalar, firmado 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-lo nas condições estabelecidas nesse contrato.

Equipamentos

Equipamento	Período	Valor
13/00078 MULETA CANADENSE (PAR)	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 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@mafmed.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@mafmed.com - www.mafmed.com.br - CNPJ 19.949.337/0001-78

Scanned by CamScanner



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) _____

2) _____

Nome:

Nome:

CPF:

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

Scanned by CamScanner





Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que o senhor (a) DENILSON BORIS
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 dia (s).
 Estando apto para voltar ao trabalho.
 Como acompanhante.
 Outros: _____

Recife, 15 de OUTUBRO de 2019.

Dr. Wilton Menezes
Ortopedista / Traumatologista
Despedida de
Médico(a)

Autorizo o registro do CID neste documento. _____

Hospital Esperança - Ama a rede de convênios - (81) 3131.2878 - www.hospitalesperanca.com.br
Rua Antônio Gomes de Freitas, 265 - Ilha do Leite - Recife-PE - CEP: 50.170-480

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051940300000057017976>
Número do documento: 20021410051940300000057017976

Num. 57971191 - Pág. 19

ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO
Nasc: 23/06/1986 - 33,4m5d
Nasc: 1784828 - Pront: 0060129200
HML7726 - HML - Sexo: M
Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55
Matrícula: 076949497
N. Soc:
 ORTOPEDIA
Leito: URGEN

- 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 Menezes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 117

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.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051940300000057017976>
Número do documento: 20021410051940300000057017976

Num. 57971191 - Pág. 20



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 2º, 3º, 4º E 5º METATARSO

CID: S92.3

DATA: 10/01/20

📍 R. Frei Luiz Tome, nº 842,
Macalézia - Recife/PE

📞 (81) 3227-5693 | 3227-6523
3032-5400 | 9 8128-9119

Dr. Gabriel Freire Monteiro
- Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE: 18412/SBOT 14203

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. 21

 PREFEITURA DO RECIFE SECRETARIA DE FINANÇAS <small>20021410051954300000057017982</small>		NFSE <small>Nota Fiscal de Serviços Eletrônica</small>		Número da Nota 00004856 Data e Hora de Emissão 17/10/2019 15:59:27 Código de Verificação X1Z6-RDGF	
PRESTADOR DE SERVIÇOS					
CPF/CNPJ 70.174.206/0001-13 Nome/Razão Social ORTOCLINICA LTDA EPP Endereço: RUA REAL DA TORRE 042 - MADALENA - CEP: 50610-000 Município: Recife		Inscrição Municipal: 258.707-6 UF: PE E-mail: ortoclinica@uol.com.br			
TOMADOR DE SERVIÇOS					
Nome/Razão Social ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO CPF/CNPJ: 060.799.324-31 Endereço: ---- Município: ----		Inscrição Municipal: ---- UF: ---- E-mail: ----			
DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS SERVIÇO PRESTADO DE ORTOPEDIA - IMOBILIZAÇÃO PÉ ESQUERDO					
VALOR TOTAL DO SERVIÇO = R\$ 200,00					
Código da Atividade Prestada 8610102 - ATIVIDADES DE ATEND EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES P/ ATEND A URGÊNCIA 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanitários, manicômios, casas de saúde, prontos socorros, ambulâncias e congêneres.					
Deduções (R\$) 0,00	Desconto Incond. (R\$) 0,00	Base de Cálculo (R\$) 200,00	Alíquota (%) 4,00%	Valor do ISS (R\$) 8,00	Crédito p/ IPTU (R\$) 2,40
OUTRAS INFORMAÇÕES					
<ul style="list-style-type: none"> - Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas Leis 17.407/2008 e 17.408/2008. - Data de vencimento do ISS desta NFS-e: 10/11/2019. - O crédito gerado para abatimento do IPTU estará disponível somente após o recolhimento do ISS desta NFS-e. 					

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROMICEDES SILVESTRE TOME - 14/02/2020 10:05:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410051954300000057017982>
 Número do documento: 20021410051954300000057017982

Num. 57971197 - Pág. 1



Cama Hospitalar * Cadeira de Rodas * Guincho * Cadeira Higiênica * 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



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\$

Aliquota (*)

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.tjpe.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 dezembro de 2019. 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 – IMI.

Ref. BOE nº 1960096006504

Senhor Gestor,

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

REQUISITO de V.Sº, a realização da **PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA**, na pessoa de Adonilson Batista do Rosário RG nº 6384826
SSP/PE Filho de Joacir Batista do Rosário
e Rosinorde Batista do Rosário.

Requisito também, considerando a urgência que as investigações requerem, o cumprimento do **prazo legal de 10 dias** para elaboração do referido laudo pericial, conforme preceituá 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 Atenciosamente.
Secretaria de Defesa Social
Polícia Civil de Pernambuco
Instituto de Medicina Legal
Traumatologia

06 NOV. 2019

ÉLDER BEZERRA TAVARES DA SILVA

Delegado de Polícia

as 09,25

Scanned by CamScanner





CÓPIA AUTÉNTICA



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 POLICIA DA 013A. CIRCUNSCRICAO - MUSTARDINHA
Ofício nº. 058 / 2019 Data 6 / 11 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 013A. CIRCUNSCRICAO - 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 da 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 álgico. O paciente teve melhora álgica, 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 o 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 é 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.

Assinado digitalmente por SILVIO BARBOSA DE MORAIS JUNIOR, Médico Legista, Matrícula nº 209.562-9, CPF: xxx.670.904-005, em 06/11/2019 10:20:27. Página 1 de 2.



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

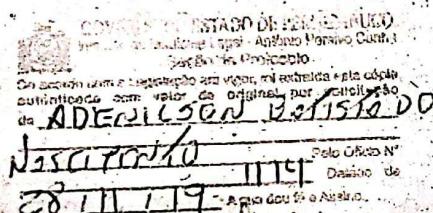


INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Drº: SILVIO BARBOSA DE MORAIS JÚNIOR - CRM 10908.

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

Policia Científica SDS-PE Autenticidade, integridade e irrefutabilidade deste arquivo eletrônico podem ser conferidas em: <http://validador.sds.pe.gov.br/>



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

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

Scanned by CamScanner

