



Número: **0129924-95.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/12/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>EDUARDO SILVA MENDES (AUTOR)</b>	<b>BRUNNA MARQUES PERAZZO SEIXAS (ADVOGADO)</b> <b>LORENA SAMPAIO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)</b>	
<b>MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
95661 258	21/12/2021 15:06	<a href="#">2850135_CONTESTACAO_Anexo_04</a>	Outros (Documento)

# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: EDUARDO SILVA MENDES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00922-9

CONTA: 000000040649-X

---

Nr. da Autenticação 620F502FC639BDA5



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 15:06:19  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122115061981900000093603457>  
Número do documento: 21122115061981900000093603457

Num. 95661258 - Pág. 1



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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200177015      Vítima: EDUARDO SILVA MENDES

Data do Acidente: 09/12/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO SILVA MENDES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDUARDO SILVA MENDES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000922-9

Conta: 0000040649-X

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177015 Cidade: Gravatá Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: EDUARDO SILVA MENDES Data do acidente: 09/12/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

Data da análise: 18/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA. p6

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	17 - Celular:

## 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 CÓPIA).

## 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)

## CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

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

AGÊNCIA:  CONTA:  X

(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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 ALFABETIZADO  
34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Gravataí 15/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

gylson testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

2021/10/15



Boletim de Ocorrência



572712  
0023733/20

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC  
DINTER1/12ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0152005387**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/12/2019 às 09:12**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **9/12/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO A PRAÇA 10, RUA PEDRO JOAQUIM DE SOUZA** - Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRAÇA 10**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE ( AUTOR \ AGENTE )  
EDUARDO SILVA MENDES ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO SILVA MENDES**

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

**EDUARDO SILVA MENDES** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DULCINEIA MARIA DA SILVA** Pai: **MANOEL AMARO MENDES** Data de Nascimento: **17/1/1989** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 166, COABH , RUA ADOLFO MOURA POROCA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

INEXISTENTE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

**MOTOCICLETA PLACA PGR0312 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDO SILVA MENDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO SILVA MENDES** Objeto apreendido: **Não**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

30/12/2019

1 de 2



Placa: PGR0312 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: PROPRIEDADE DA MOTOCICLETA NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA

Complemento / Observação

**EDUARDO AFIRMA QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PGR0312, DE PROPRIEDADE DA NORDESTE IRMÃOS OLIVEIRA LTDA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA PRÓXIMO A PRAÇA DEZ, VENDO A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE GRAVATÁ E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste, E EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO ONDE PASSOU POR UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NA Perna ESQUERDA.**

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

**EDUARDO SILVA MENDES  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MILKAINE LIMA DA SILVA** - Matrícula: **2730588**

30/12/2019

2 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 15:06:19  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122115061981900000093603457>  
Número do documento: 21122115061981900000093603457

Num. 95661258 - Pág. 6



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA  
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

SUS

Manuaua

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DO REGISTRO DO HOSPITAL

NOME: Eduardo Silveira Mendes

TIPO: Homem

SEXO: M

DATA DE NASCIMENTO: 17/01/1989

IDADE: 30 anos

ESTADO: Rio Grande do Sul

CIDADE: Guaíba

UF: RS

CEP: 91800-000

NOTA DE REFERÊNCIA:

DATA: 09/12/2021

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL:

CNS: 9490-8414

TELEFONE: (51) 99999-1666

COR: Sem informação

HDA

D u c n / D - X . G - C - p T -  
6 - 7 - 6 - 7 - - 1 7 m  
S - U - R

EXAME FÍSICO

D pe 15m

DSE - Pn 15m

EXAMES SOLICITADOS

UVA  
(Sulta 3833588)

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA



## PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT	121	P.A.	3.19
F.C.		F.R.	20		88/93

1) Difuso dor lombar (2/10 Poi) 10/0138  
 2) O. T. Prof Cx + ff 11/01 10/0240

Souto Joaquim Souto Malor  
 21/12/2021

## ALTA

HORA:

DATA

CURADO  MELHORADO  A PEDIDO   
 TRANSFERIDO  ADMINISTRATIVO  ÓBITO

## MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

## FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Malor, S/N, Nsra das Graças – Gravatá - 55642-250. (81) 3533-0423.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**CELPE**  
Companhia Energética do Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Bairro Vila, Recife - PE, CEP 50000-602  
CNPJ 10.635.032/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.cefpe.com.br

<b>DADOS DO CLIENTE</b>		<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b>							
JOSE MARCIO DA SILVA		RUA ADOLFO MOURA POROCÁ, 169							
CPF: 021.934.524-40		COHAB II/GRAVATÁ GRAVATÁ PE 55643-774							
CLASSIFICAÇÃO BT RESIDENCIAL RESIDENCIAL Monofásico									
SENHA		7019144946	12/2019						
088332398		UNICA	14/12/2019						
14/12/2019		2001631804	6080860						
20/12/2019		11/01/2020	81,72						
Consumo Ativo(kWh) Acréscimo Bandeira AMARELA Acréscimo Bandeira VERMELHA Contrib. Ilum. Pública Municipal		QUANTIDADE 68.000000	PREÇO (R\$) 0,75727874	VALOR (R\$) 72,89 0,77 3,10 6,18					
<b>TOTAL DA FATURA</b> 81,72									
Nº DO MEDEADOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3143382415	CAT	13/11/2019	3.887,00	14/12/2019	3.955,00	32	1.000000		68,00
<b>Mês Ativo kWh</b>									
DEZ 19	95		BASES DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO:		Geração de Energia	R\$ 26,84	33,75%
NOV 19	30		ICMS	70,88	25,00	15,14	Transmissão	R\$ 2,95	3,74%
OUT 19	30		PIS	70,89	0,44	0,33	Distriuição (Catte)	R\$ 17,32	22,82%
SET 19	79		COFINS	70,89	1,02	1,04	Fornec. de Energia	R\$ 6,49	7,13%
AGO 19	93						Energias Bem-Viver	R\$ 4,07	5,32%
JUL 19	68						Tributos	R\$ 31,01	27,44%
JUN 19	74						Total	R\$ 78,68	100%
MAR 19	77								
ABR 19	30								
MAR 19	50								
FEV 19	57								
JAN 19	87								
DEZ 18	83								
A363 ED8B,08BF 2BED4DEB,788E 0C4E,78D8.									
<small>Pague no ponto mais perto de você ou via Internet da fatura dentro do prazo. Pode ser feita a troca de bônus e reembolsos nas lojas que aceitam o Bônus e pagão nas empresas parceiras. Visite o site <a href="http://www.cefpe.com.br">www.cefpe.com.br</a>. Não é necessário fazer a compra em Votorantim. Mais informações em <a href="http://www.adetel.gov.br">www.adetel.gov.br</a>. O cliente é compensado quando há variação no custo da rede instituída pelo Rio Grande do Sul. Taxa de compensação: Paga, em dia útil, para a Rota 204 (RS-1440001), Juros 1% ao mês, no 10.438022 e reembolsado monatariamente, não é O Cliente é compensado quando há desequilíbrio entre o consumo definido para o período de uso e o consumo comercial.</small>									
CONSUMO	VALOR ADIMISSÍVEL	LIMITES MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITES DE VARIAÇÃO (V)			
0,00	5,65	11,10	22,31		220	202 - 231			
0,00	3,38	6,72	13,45						
0,00	3,20	0,00	0,00						
União CEFPE 12,22 EUSO - Valor de Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 28,94									

 bradesco | 237-2 | 2379415009 91510.607566 16000.224507 9 000000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYBSON S AMARAL - 84770589468

RUA RIVALDO BALTAZ - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Sacador/Avallista





PREFEITURA MUNICIPAL  
RIBEIRÃO PRETO

# HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

## FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA MÉDICOS

*Bustos Sí  
edserve  
9-20-1*

DATA DA SOLICITAÇÃO:

09/12/2021

HORA:

102.00

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

Nº CARGO SUS:

NOME DO PACIENTE:

*Duaria Silveira*

IDADE:

70

ENDERECO DO PACIENTE:

Rua das Flores, 123 - Centro

TELEFONE:

DIAGNÓSTICO:

*FATUR Dr p.*

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

*Buaria Silveira, Fatur Dr. / Fi RVL.*

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL: *170 x 90 mmHg*

RESPIRAÇÃO:

lpm

R. CARDIÁCA:

90mm

TEMPERATURA:

°C

NÍVEL DE CONSCIENCIA:

ALERTA	VERBAL	SONOLENTO	CONFUSO	SEM RESPOSTA
--------	--------	-----------	---------	--------------

GLASGOW:

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	( + ++ +++ ++++ )	SIM	NÃO	( + ++ +++ ++++ )
		DESIDRATADO			OMNÍVORO
		DESTITRIDO			IDIOPÁTICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

DIABETES	HAS	ID	SEQUELA AVC	PPQD	OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSAGEM	MEDICAÇÃO EM USO	DOSAGEM

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG	NORMAL	RX TORAX	
ANAMSE		RX ABDOME	
TOMOGRAFIA		OUTROS	

LABORATORIAL:

	HT	LEU	MPK	TGO	TGP	AMILASE	URINA

EM ANEXO: DÉMOCRATA REALIZADA:

HOSPITAL  
DE DESTINO:

H.R.P. 54 33.585

*Protocolo dos Sete S*  
*21/12/2021*

SENHA SANTO

IRAVEL

SENHA CENTRAL



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA**

**FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES**

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATAI	BENHA REGULACAO: 5533588	DATA: 09/11/2021	HORARIO:
ENCAMINHADOR MEDICO: CRM:	TRANSPORTE MEDICO: CRM:	RECEPTOR MEDICO: CRM:	

**CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA**

SAIDA	HORA DE NEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULANÇA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:	PLACA VTRG		
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM			

DIAGNOSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS:

A: / mmHg Temp: °C

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA: ( ) OU ASSISTIDA ( )

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUais?

**AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA**

EU, \_\_\_\_\_, RG N° \_\_\_\_\_, ORG. EXP. \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, na condição de: ( ) PACIENTE / ( ) ACOMPANHANTE, AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA, ESTENDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO MÉDICO ENCAMINHADOR.



NOME: EDUARDO SILVA MENDES

REG. 129074

DIAGNÓSTICO: FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS'ESQUERDA

TRATAMENTO: FIXAÇÃO COM HIM

DATA DA CIRURGIA: 12/12/2019

ALTA: 13/12/2019

DATA DA VOLTA: 26/12/2019

10:00H

OBS: NÃO PISAR

*Dr. Antônio Yves Cordeiro de Mello Júnior  
CRM-PE 3.761*

2<sup>ª</sup> REVISÃO

3<sup>ª</sup> REVISÃO

4<sup>ª</sup> REVISÃO

5<sup>ª</sup> REVISÃO



## FICHA DE ANESTESIA

Data: 12/12/1997

Nº 5

Anestesia: Poqui anestesia.

Nome: Eduardo Silveira Ferreira Nº. do Registro: 129074 Nº. na Clínica:

Clinica: HTP Quarto: 05 Leito: 05 Idade: 30 Sexo: M Cx:

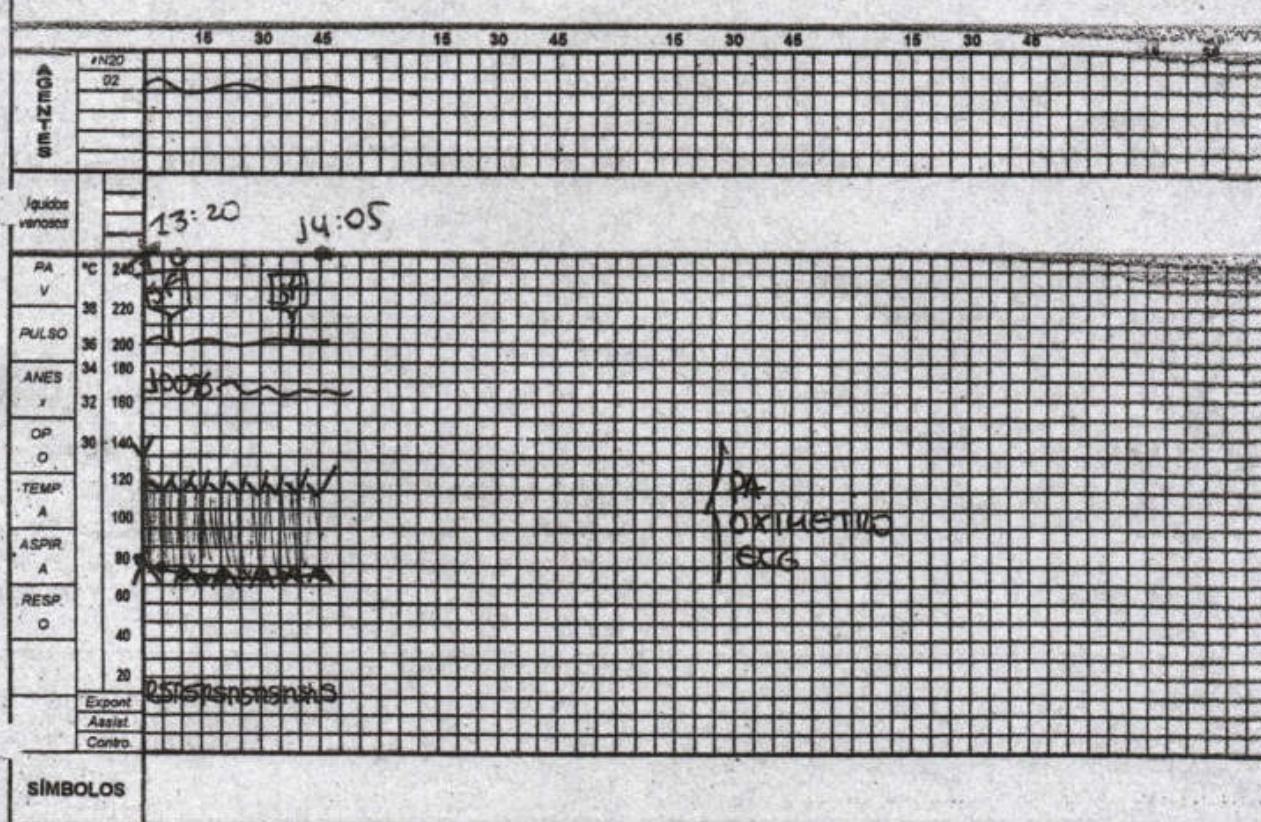
Operador: Ronaldo Evangelista Assist.: Bárbara Ferreira Anestesiata:

Diag. Preop: Fratura Omotibia perna Diag. Posop.: O mesmo

Op. Proposta: Tratamento cirúrgico fratura rotulada tibia (ossos da perna)

Premeditação: Hora: Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4

### PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. Midazolam	3mg	<u>Poqui anestesia.</u>	Conferido Com Documento Original Bezerros PE Hospital Jesus Pequenino B. 04/08
B. Neos porca	12,5mg	med simple 6/6 Ag.	
C. Dimeolf	0,10mg	Centauré 80x25. 16g	
D. Cefalotina	1g	Líquido	
E. Dipirona	2g		
F. Naluronidien	2mg		
G. Octavutonico	6mg		
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASOOROFARINGEA NASOOROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO BOB - MÁSCARA DIFÍCULDADE TÉCNICA	
SF 0,9% - 1000ml		Tempo de Anestesia	
TOTAL			
OPERAÇÃO:			
INSTA: Lúcio Lima		CIRURGICO: Dr. Evangelista	Laringo - Espasmo - Excesso Secre. Disfunção Respiratória - Hipoxia "BUZING" - Vomito
		Assistente: M. Evangelista	Hemorragia Sanguínea Bradí - Taquicardia - Choque
			PERDA SANGUÍNEA



(02)

COMANDA 550 896

### MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Eduardo Silva Mendes Registro N°. 129074  
 Apt.: \_\_\_\_\_ Enfermeira: \_\_\_\_\_ Data: 12/12/2021  
 Cirurgia: Fratura ossos de perna Cirurgião: Dra. Rosângela  
 Anestesia: Raque "E" Anestesista: Dra. Diviz  
 Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
<b>MEDICAMENTOS</b>			
Adrenalina		Metronidazol 500mg	
Áqua Destilada		Nauseadron	
Atropina		Narcan	
Bicarbonato de Sódio		Neomicina Pomada	
Cedilanide		Nipride	
Cisatracúrio		Ormeprazol	
Cloreto de Sódio		Plasil	
Cloreto de Potássio		Propofol	
Clindamicina		Prostigmine	
Dramin		Quelicin	
Dexametasona Pomada		Rapifen	
Decadron		Ranitidina	
Diazepam		Revivan	
Dipirona		Ringer c/ Lactato	
Dimorf 0.1		Rocefin 1g	
Dolantina		Sevoflurano	
Dormonid		Syntocinon	
Efortil		Soro Fisiológico	
Enoxaparina 40mg		Soro Glicosado	
Fenergan		Styptanon	
Fentanil Espinal		Sulfato de Magnésio	
Fentanil 5ml		Transamin	
Flumazenil		Tanoxicam	
Glicose		Thionembutal	
Gluconato Cálcio		Tramal	
Hidrocortisona 100mg		Vitamina K	
Hidrocortisona 500mg		Volufen	
Ipsilon		Xilocaina 2% s/a	
Keflin		Xilocaina 1% s/a	
Ketalar		Xilocaina Geléia	
Lasix		Xilocaina Spray	
Manitol		Xilocaina Pesada	
Marcaína c/a		<b>MATERIAIS</b>	
Marcaína s/a		Aguilha dard. 25x7/40x12/0,45x13	
Marcaína Pesada		Aguilha de Plexo	
Methergin		Aguilha Raqui	
		Algodão Hidrófilo	

Conferido Com: 13/12/2021  
 Original fezeto por: 13/12/2021  
 Hospital JESUS PEQUENINO  
 Atendente Social: Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior  
 CRESS/PE nº 447



Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
Algodão Ortopédico		Fio de Algodão	
Atadura Crepe	100m 15cm 03 und	Fio de Aço	
Atadura Gesso		Fio Kirschner	
Azul de Metileno		Fio Maleável	
Boles p/ Colostomia		Monocryl	
Cateter Nasal	03 und	Mononylon 2.0	03 und
Clamp Umbilical		Polvicot	
Coletor Sistema Aberto		Propelene	
Coletor Sistema Fechado		PDS	
Comp. Cirúrgica	10 und	Seda	
Dreno de Succção		Vicryl	
Dreno Penrose		LÍQUIDOS	
Dreno Tórax		Aqua Oxigenada	
Eletrodos	05 und	Alcool 70%	
Equipo Macrogotas	14 und	Glutaraldeído	100ml
Escova de Degermação		Éter	
Esparadrapo	TX	Formol	
Esparadrupo Micropore		Clorexidina Degermente	000ml
Gaze 7x5x7,5	04 pac	TAXAS	
Nausedron		Oxímetro de Pulso	TX
Infusor n/soluções Parenteral 2 viss		Aspirador	
Intracath		Bisturi Elétrico	
Jeico N° 30	01 und	Desfibrilador	
Liga Clip		Monitor	TX
Lâmina Bisturi 21	01 und	OXIGÊNIO	
Látex 204	3	Das ás	TX
Luva Estérili	70 80		
Luva Descartável	11		
Máscaras			
Poifix			
Pró-Pés			
Scalp			
Seringa de 01 cc			
Seringa 03 cc			
Seringa 05 cc			
Seringa 10 cc			
Seringa 20 cc			
Sonda Nasogástrica n°			
Sonda Foley n°			
Sonda Urstral n°			
Sonda '3v n°			
Tranefix			
Pulseiras de RN			
Toucas	04 und		
<b>FIOS</b>			
CatGut Simp s/a		Conferido Com Documento	
CatGut Simp o/a		Original Belenias PE	
CatGut Crom s/a		Hospital Jesus Pequenino	
CatGut Crom o/a			

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 15:06:19  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21122115061981900000093603457>  
 Número do documento: 21122115061981900000093603457