



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





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

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 sequela

**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: 09572411438 3 - CPF da vítima: 09572411438 4 - Nome completo da vítima: Eduardo Silva Mendes

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

5 - Nome completo: Eduardo Silva Mendes 6 - CPF: 09572411438  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Adolfo Moura Braga 168 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Coahb 2 12 - Cidade: Gravata PE 13 - Estado: 14 - CEP: 53643774  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8199228 5097

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)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Brasil  
AGÊNCIA: 922 9 CONTA: 40649 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 (al nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

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 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Gravata 15/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

01/10/2019

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 Nº. 19E0152005387**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

30/12/2019



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, VINDO 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 CIRURGICO NA PERNA ESQUERDA.**

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

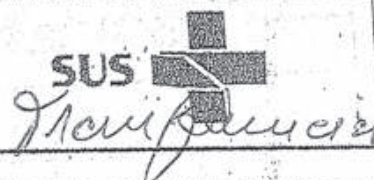
**EDUARDO SILVA MENDES**  
(VITIMA)

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

30/12/2019



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



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DO REGISTRO DO HOSPITAL:

PACIENTE: Elaine Esposo  
NOME: Elaine Esposo  
DATA DE NASCIMENTO: 17-01-89 IDADE: 30 anos SEXO: F  
NOME DO PAI: Adilson Esposo Nº: 166  
CIDADE: Gravata UF: PE CEP:   
ACOMPANHANTE: Elaine Esposo

DATA: 09/12/19

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL:

CNS:

TELEFONE: 9490-8414

COR: Sem informação

HDA

Dr. L. D. R. G. C. P. T.  
Dr. L. G. T. - 12m  
S. U. T.

EXAME FÍSICO

12 m 15m

Dr. L. G. T. - 15m

EXAMES SOLICITADOS

URA  
(Sinha 3833588)

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

# PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS - EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT	121	P.A.	130/70
F.C.		F.R.	20		55/90

1) Diária 20% (20%) 10138  
 2) U. Tu Prof (v + sf) 10240

Luiz Carlos dos Santos  
 01/12/2021

## ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

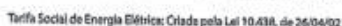
ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

Rua Joaquim Souto Maior, S/N, Nsra das Graças - Gravata - 55642-250. (81) 3533-0423.





Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-802  
CNPJ 10.635.932/0001-06 | Ins. Est. 0005043-93 | [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

**DADOS DO CLIENTE**  
JOSE MARCIO DA SILVA

ENDEREGO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ADOLFO MOURA POROCA 168

CPF: 021.934.524-40

COHAB II/GRAVATA  
GRAVATA PE  
55643-774

**CLASSIFICAÇÃO**  
BT RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

088332398	ÚNICA	14/12/2019
14/12/2019	2001631804	6080860

7019144946	12/2019
20/12/2019	11/01/2020

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	88,0000000	0,75727874	72,89
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,77
Acrescimo Bandeira VERMELHA			3,10
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,18

TOTAL DA FATURA

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3143552413	CAT	12/11/2018	3.887,00	14/12/2018	3.893,00	32	1,00000		95,00

**Gráfico de Barras - Valores em R\$**

Mês/Ano	ICMS	PIS	COFINS
DEZ18	96	30	30
NOV18	30	30	30
OUT18	30	30	30
SET18	70	30	30
AGO18	82	30	30
JUL18	68	30	30
JUN18	74	30	30
MAI18	77	30	30
ABR18	30	30	30
MAR18	30	30	30
FEV18	87	30	30
JAN18	87	30	30
DEZ18	93	30	30

**Tabela de Cálculo e Valores**

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	70,88	25,00	15,14
PIS	70,88	0,64	0,33
COFINS	70,88	2,02	1,54

**Resumo de Despesas**

Descrição	R\$	%
Consumo de Energia	25,84	32,79%
Transmissão	2,80	3,74%
Distribuição (Cabo)	17,32	22,02%
Perdas de Energia	6,48	7,19%
Energias Setoriais	4,07	5,32%
Tributos	21,01	27,44%
<b>Total</b>	<b>78,08</b>	<b>100%</b>

Consumo Atividade (R\$) 0,84025000

A363 ED8B 08F 28ED 4CEB 789E 0C4E 78DB

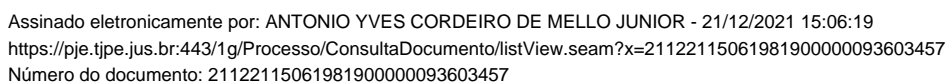
Pequeno prazo e mais perto de você: o local de entrega do produto e o prazo de entrega. Para saber mais sobre o prazo de entrega, consulte o site da loja. O prazo de entrega é o tempo necessário para que o produto seja entregue ao cliente. O prazo de entrega é o tempo necessário para que o produto seja entregue ao cliente. O prazo de entrega é o tempo necessário para que o produto seja entregue ao cliente.

					AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE RELATÓRIO SÃO APENAS INFORMATIVAS E NÃO CONSTITUEM OFERTA DE VENDA DE TÍTULOS DE CAPITALIZAÇÃO DE RENDIMENTO, NEM QUALQUER OUTRO TÍTULO DE RENDIMENTO, E NÃO SÃO VÁLIDAS PARA FINS DE FINANCIAMENTO DE CREDITO.		
					PÁGINA 006 DE 012		

CÓDIGO	VALOR R\$ (RUBROS)	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)		LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
					220	202	231	
ENC	0,04	5,55	11,13	22,21				
FIG	1,00	3,36	5,72	13,45				
DMC	0,04	5,20	0,00	0,00				

Limite DMC: 12,22

USBC - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 20,94





**Sacador/Analista**

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



PREFEITURA MUNICIPAL  
**RAVATA**  
ACRÁ e CACIMBOM

# HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

## FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

### MÉDICOS

*Gustavo  
ediane  
9-208*

DATA DA SOLICITAÇÃO:

09/12/16

HORA:

10:00

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM:

Nº CARTÃO SUS:

NOME DO PACIENTE:

ENDEREÇO DO PACIENTE:

TELEFONE:

DIAGNÓSTICO:

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:

130 x 80 mmHg

F. RESPIRATÓRIA:

16pm

F. CARDÍACA:

80pm

TEMPERATURA:

36,0

NÍVEL DE CONSCIENTIA:

ALERTA

VERBAL

SONOLENTO

CONFUSO

SEM RESPOSTA

GLASGOW:

EXAME FÍSICO:

SEM

NÃO

( + ++ +++ ++++ )

SEM

NÃO

( + ++ +++ ++++ )

DESHIDRATADO

CIANÓTICO

DESNUTRIDO

ICTERICO

PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DIABETES

HAS

IC

SEQUELA AVC

DPOC

OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOSEAGEM

MEDICAÇÃO EM USO

DOSEAGEM

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG

ALTERAÇÕES

NORMAL

RX TORAX

RX ABDOME

OUTROS

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

HT

LEUCO

CPK

TEO

TEP

AMILASE

URINA

RELACIONE DEMAIS EXAMES REALIZADOS

HOSPITAL DE DESTINO:

H A A S C 33.588

*Paulo dos Santos  
11/12/2016  
0425791*

ASSINATURA

SENHA CENTRAL

SENHA SANKU



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

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICÍPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SERIE REGULAÇÃO: 5833588	DATA: 09/12/2021	HORÁRIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO:	MEDICO:	MEDICO:	
CRM:	CRM:	CRM:	

CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA

SAÍDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULÂNCIA	RETORNO AO MUNICÍPIO
MOTORISTA:		PLACA VTR:	

PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS:

PA: \_\_\_\_\_ mmHg Temp: \_\_\_\_\_ °C

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) OU ASSISTIDA ( )

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

INTECORRÊNCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUAIS?

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA

EU, \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ ORG. EXP. \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 NA CONDIÇÃO DE: ( ) PACIENTE/ ( ) ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,  
 ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MINHA PE  
 MÉDICO ENCAMINHADOR.



NOME: EDUARDO SILVA MENDES

REG. 129074

DIAGNÓSTICO: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

TRATAMENTO: FIXAÇÃO COM HÍM

DATA DA CIRURGIA: 12/12/2019

ALTA: 13/12/2019

DATA DA VOLTA: 26/12/2019

10:00H

OBS: NÃO PISAR

2ª REVISÃO

3ª REVISÃO

4ª REVISÃO

5ª REVISÃO

Dr. Ronaldo F. F. F.  
CRM-PE 3.76

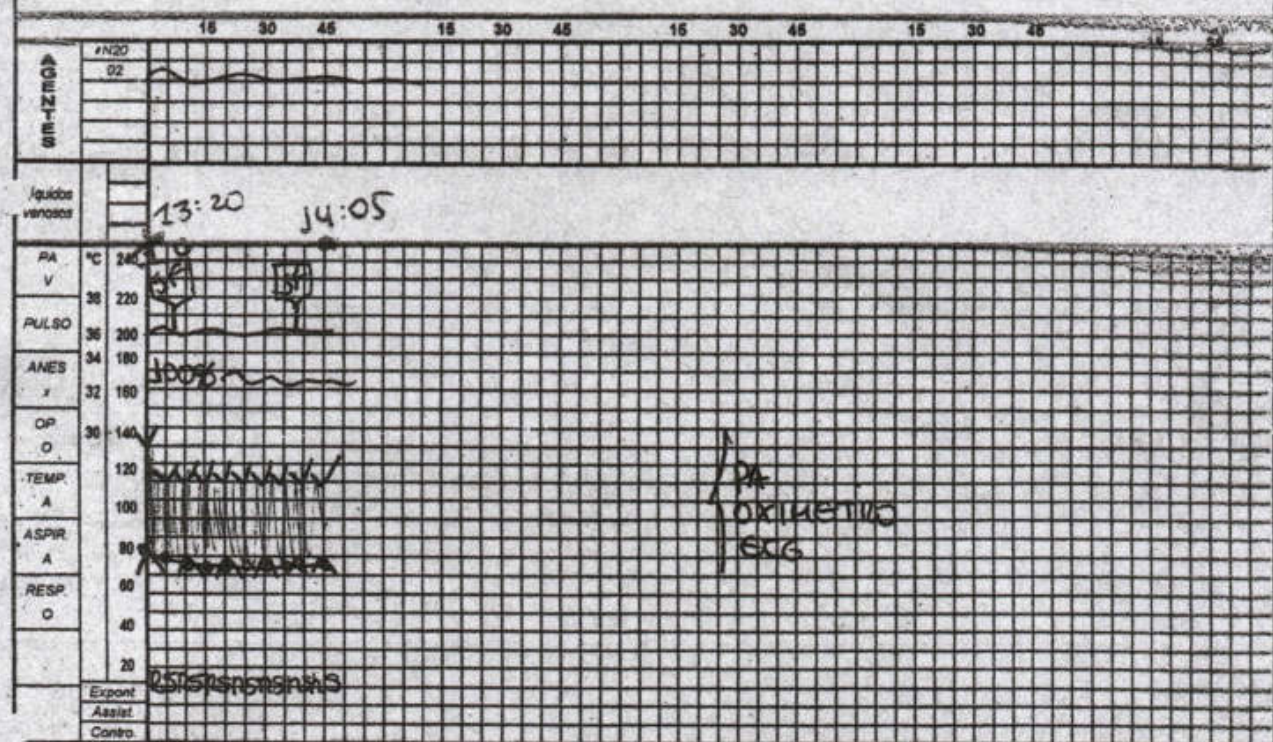


# FICHA DE ANESTESIA

Data: 12/12/19

Anestesia: Raqui-anestesia N.º  
Nome: Eduardo Silva Mendes N.º do Registro: 129074 N.º na Clínica:  
Clínica: 14 TP Quarto: 05 Leito: 05 Idade: 30 Sexo: M C.º:  
Operador: Ronaldo Braga Assist.: Biaia Anestesista: Biaia  
Diag. Preop.: Fratura Ombro da perna Diag. Posop.: o mesmo  
Op. Proposta: Tratamento cirurgico fratura do ombro da perna  
Premedicação:  Hora:  Resultado: (MO 1-2-3) (AO 1-2-3) Risco 1-2-3-4

## PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO



## SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. Midazolam	3mg	Raqui-anestesia	<p>Conferido Com Documento Original Bezerros 12/12/19</p> <p>Hospital Jesus Pequeno</p> <p>Ana Amorim Assistente Social CRESS/PE N.º 4.471</p>
B. N2O	perda 125mg	Med simples 6/6 Ag.	
C. Dimorf	0,10mg	Contante 80x25. 1st	
D. Clalohina	1g	Leupredo	
E. Dipirona	2g		
F. Naloxone	1mg		
G. Dexmedetomidina	6mg		
LÍQUIDOS			
SF 0,9% - 1000ml			
TOTAL			
OPERAÇÃO:			

CÂNULA - NASOFARÍNGEA  
NASOFARÍNGEA - CEGA  
BAL - TAMP. - CALIBRE DO TUBO  
SOS - MÁSCARA  
DIFICULDADE TÉCNICA

Tempo de Anestesia

Laringo - Espasmo - Excesso Secre  
Dificuldade Respiratória - Hipoxia  
"BUCAL" - Vômito

Hemorragia Ativa  
Grad. - Taquicardia - Cianose

NOTA:

Lucia Lima  
Cirurgiã - CRM 11111

CIRURGIÃO

Mo Enxergado  
Alta 184

PERDA

SANITIZAÇÃO



# HOSPITAL JESUS PEQUENINHO

(02)

COMANDA 550896

## MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Eduardo Silva Mendes Registro N° 129074  
Apt.: \_\_\_\_\_ Enfermária: \_\_\_\_\_ Data: 12/12/19  
Cirurgia: Fratura ossos de pé Cirurgião: Dr. R. M. A. V. L.  
Anestesia: Raque e Anestesia: Dr. R. M. A. V. L.  
Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
<b>MEDICAMENTOS</b>		Metronidazol 500mg	
Adrenalina		Nausedron	01 amp
Água Destilada	01 amp	Narcan	
Atropina		Neomicina Pomada	
Bicarbonato de Sódio		Nitride	
Cedilanide		Omeprazol	
Cisatracúrio		Plasil	
Cloreto de Sódio		Propofol	
Cloreto de Potássio		Prostigmine	
Clindamicina		Quelicin	
Dramin		Rapifen	
Dexametazona Pomada		Renitidina	
Decadron	01 amp	Revivan	
Diazepam		Ringer c/ Lactato	
Dipirona	02 amp	Rocafin 1g	
Dimorf 0.1	01 amp	Sevoflurano	
Dolantina		Syntocinon	
Dormonid		Soro Fisiológico	
Efortil		Soro Glicosado	
Enoxaparina 40mg		Styptanon	
Fenergan		Sulfato de Magnésio	
Fentanil Espinhal		Transamin	
Fentanil 5ml		Tenoxicam	
Flumazenil		Thionembutal	
Glicose		Trametil	
Gluconato Cálcio		Vitamina K	
Hidro cortisona 100mg		Voluven	
Hidro cortisona 500mg		Xylocaina 2% s/a	
Ipsilon		Xylocaina 1% s/a	
Keflin	01 amp	Xylocaina Geléia	
Ketalar		Xylocaina Spray	
Lasix		Xylocaina Pesada	
Manitol		<b>MATERIAIS</b>	
Marcalna c/a		Aguha desc. 25x7/40x12/0.45x13	03 unid
Marcalna s/a		Aguha de Plexo	
Marcalna Pesada	01 amp	Aguha Raqui	05
Methergin		Algodão Hidrófilo	01 unid

Conteúdo Com Documento  
Original Bezaros P  
Hospital Jesus Pequenininho

13/05/2020  
19/08/1987  
Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESP/PE nº 447



Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
Algodão Ortopédico		Fio de Algodão	
Atadura Crepe 10mm 15cm 0.3 mm		Fio de Aço	
Atadura Gesso		Fio Kirschner	
Azul de Metileno		Fio Maleável	
Bolsa p/ Colostomia		Monocryl	
Cateter Nasal	02 unid	Mononylon 2.0 - 0.3 mm	
Clamp Umbilical		Polycot	
Coletor Sistema Aberto		Propylene	
Coletor Sistema Fechado		PDS	
Comp. Cirúrgica 10 unid		Seda	
Dreno de Sucção		Vicryl	
Dreno Penrose		LÍQUIDOS	
Dreno Tórax		Água Oxigenada	
Eletrodos	05 unid	Alcool 70%	
Equipo Macrogotas		Glutaraldeído	100ml
Escova de Degermação	04 unid	Éter	
Esparadrapo TX		Formol	
Esparadrapo Micropore		Clorexidina Degermante	100ml
Gaze 7x5x7.5	04 pacotes	TAXAS	
Nausedron		Oxímetro de Pulso	TX
Inflator p/soluções Parenteral 2 vias		Aspirador	
Intracath		Bisturi Elétrico	
Jeico No 20	01 unid	Desfibrilador	
Liga Clip		Monitor	TX
Lâmina Bisturi 2 L	01 unid		
Látex 204		OXIGÊNIO	TX
Luva Estéril 70 80	05 par	Das ____ às ____	
Luva Descartável 11	04 par		
Máscaras	04 unid		
Polifix			
Pró-Pés	08 unid		
Scalp			
Seringa de 01 cc			
Seringa 03 cc			
Seringa 05 cc	02 unid		
Seringa 10 cc	01 unid		
Seringa 20 cc			
Sonda Nasogástrica n°			
Sonda Foley n°			
Sonda Uretral n°			
Sonda 3v n°			
Transfix			
Pinças de RN			
Toucas	04 unid		
FIOS			
CatGut Simpa s/a			
CatGut Simp o/a			
CatGut Crom s/a			
CatGut Crom o/a	01 unid		

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/12/2021 15:06:19  
 Original Beterris PE 11  
 Hospital Jesus Peixoto  
 COREN 458706

Contendo Cam Documento  
 Original Beterris PE 11  
 Hospital Jesus Peixoto

Ata J. J. J. J. J.  
 Assessor Social  
 CRES/PE N° 4.471

