



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

060.799.324-31

Nome

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Nascimento

23/06/1936



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

Adenilson E. do Nascimento

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 6.384.826 DATA DE EMISSÃO 28/11/2000

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

JOACIR BATISTA DO NASCIMENTO

JOSINEIDE BATISTA DO NASCIMENTO

RECIFE PE 23/08/1986

CN 49.841-L-43-A-F-268-CART. VARZEA-RECIFE-PE-31.10.86

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI N. 7.116 DE 24/08/03

F-03 27941



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

060.799.324-31

Nome

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Nascimento

23/06/1986



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0440459/19

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

CPF: 060.799.324-31

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 15/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO : 060.799.324-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

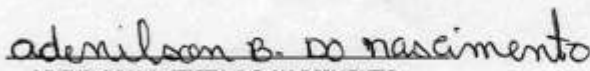
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

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


ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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


RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0440459/19

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

CPF: 060.799.324-31

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 15/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO : 060.799.324-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

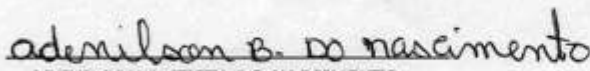
O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

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


ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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


RAIANNE SILVA BARBOSA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022877 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 15/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG 01

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022877 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 15/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG 01

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0440459/19

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

CPF: 060.799.324-31

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 15/10/2019

Titular do CPF: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO : 060.799.324-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019522/20

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

CPF: 060.799.324-31

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 15/10/2019

Titular do CPF: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO : 060.799.324-31

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022877

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022877

Vítima: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 15/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

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

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 10/01/2020, emitido pelo Dr. GABRIEL FREIRE MONTEIRO CRM nº 18412 - PE, da Instituição ORTO CLINICA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 060.799.324-31
7 - Profissão: AX. SERVIÇOS GERAIS 8 - Endereço: RUA IGUARACI 9 - Número: 63 10 - Complemento: CASA B
11 - Bairro: TORRÕES 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50640450
15 - E-mail: PRADO12320 16 - Tel.(DDD): (81)9.88634983

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 54694 5 AGÊNCIA: CONTA: (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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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, Recife 09/12/19

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 060.799.324-31
7 - Profissão: AX. SERVIÇOS GERAIS 8 - Endereço: RUA IGUARACI 9 - Número: 63 10 - Complemento: CASA B
11 - Bairro: TORRÕES 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50640450
15 - E-mail: PRADO12320 16 - Tel.(DDD): (81)9.88634983

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 54694 5 AGÊNCIA: CONTA: (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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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, Recife 09/12/19

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0096006504

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

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

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

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

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

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

Descrição: **CARRO DE PLACA PCZ 1210**

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

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

Complemento / Observação

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

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

x Adenilson B. do Nascimento

ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO
(VITIMA)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 060.799.324-31
7 - Profissão: AX. SERVIÇOS GERAIS 8 - Endereço: RUA IGUAÇU 9 - Número: 63 10 - Complemento: CASA B
11 - Bairro: TORRÕES 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50640450
15 - E-mail: PRADO12320 16 - Tel.(DDD): (81)9.88534983

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 54694 5 AGÊNCIA: CONTA: (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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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, Recife 09/12/19

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO 6 - CPF: 060.799.324-31
7 - Profissão: AX. SERVIÇOS GERAIS 8 - Endereço: RUA IGUAÇU 9 - Número: 63 10 - Complemento: CASA B
11 - Bairro: TORRÕES 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50640450
15 - E-mail: PRADO12320 16 - Tel.(DDD): (81)9.88634983

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 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: 54694 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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, Recife 09/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Procedência

☐ Domicílio ☐ Outro Hospital ☐ Home Care ☐ Outros:

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

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

QUEIXA PRINCIPAL:

SSVV: FR FC PA

SATURAÇÃO O2 TEMPERATURA:

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

Alergias ☐ Sim ☒ Não Quais:

Assin. Enfermagem

HUGENILSON BATISTA DU
NASCIMENTO

Nasc: 23/06/1986 - 33a3m22d

Reg: 1784828 - Pront: 000479200

AMIL/728 - AMIL - Sexo: M

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

Matrícula: 076949497

N.Soc:

1784828

ORTOPEDIA
Leito: URGEN

Horário do início do atendimento médico 16:08 h

MA:

Antecedentes

HAS ☐ Sim ☒ Não Tabagismo ☐ Sim ☒ NãoDM ☐ Sim ☒ Não Etilismo ☐ Sim ☒ NãoAsma/DPOC ☐ Sim ☒ Não Angina/IAM ☐ Sim ☒ NãoAVC ☐ Sim ☒ Não Dist. coag. ☐ Sim ☒ NãoConvulsões ☐ Sim ☒ Não Neoplasia ☐ Sim ☒ NãoIRA/IRC ☐ Sim ☒ Não Uso de QT ☐ Sim ☒ Não

Outros:

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

Motivo:

Uso de ATBs nos últimos 60 dias ☐ Sim ☒ Não

Quais:

Cirurgias Prévias ☐ Sim ☒ Não

Quais:

História de Doença Psiquiátrica ☐ Sim ☒ Não

Nível de Risco:

H.D.A

Leve a dor no abdômen há 10 min,
exclusiva cl de a dor e dor no abdômen

Medicamentos em uso

Nexen

Exame físico

Geral: Temperatura °C

ORL:

AR: FR irpm

ACV: PA / mmHg FC bpm

ABD:

SN:

Extremidades:

Hipóteses diagnósticas

1- Trauma a PE ()

CID 10:

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Procedência

☐ Domicílio ☐ Outro Hospital ☐ Home Care ☐ Outros:

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

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

QUEIXA PRINCIPAL:

SSVV: FR FC PA

SATURAÇÃO O2 TEMPERATURA:

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

Alergias ☐ Sim ☒ Não Quais:

Assin. Enfermagem

HUGENILSON BATISTA DU

NASCIMENTO

Nasc: 23/06/1986 - 33a3m22d

Reg: 1784828 - Pront: 000479200

AMIL/728 - AMIL - Sexo: M

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

Matrícula: 076949497

N.Soc:

1784828

ORTOPEDIA
Leito: URGEN

Horário do início do atendimento médico 16:08 h

MA:

Antecedentes

HAS ☐ Sim ☒ Não Tabagismo ☐ Sim ☒ NãoDM ☐ Sim ☒ Não Etilismo ☐ Sim ☒ NãoAsma/DPOC ☐ Sim ☒ Não Angina/IAM ☐ Sim ☒ NãoAVC ☐ Sim ☒ Não Dist. coag. ☐ Sim ☒ NãoConvulsões ☐ Sim ☒ Não Neoplasia ☐ Sim ☒ NãoIRA/IRC ☐ Sim ☒ Não Uso de QT ☐ Sim ☒ Não

Outros:

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

Motivo:

Uso de ATBs nos últimos 60 dias ☐ Sim ☒ Não

Quais:

Cirurgias Prévias ☐ Sim ☒ Não

Quais:

História de Doença Psiquiátrica ☐ Sim ☒ Não

Nível de Risco:

H.D.A

Leve a dor no abdômen há 20 min,
incluindo a dor e dor no abdômen

Medicamentos em uso

Nexen

Exame físico

Geral: Temperatura °C

ORL:

AR: FR irpm

ACV: PA / mmHg FC bpm

ABD:

SN:

Extremidades:

Hipóteses diagnósticas

1- Trauma PE ()

CID 10:

307-274-2222
 307-274-2222
 307-274-2222

© 2000 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

ADENILSON BATISTA DO

NASCIMENTO

Nasc: 23/06/1986 - 33a4m5d

Reg: 1784828 - Pront: 000479200

AMIL/726 - AMIL - Sexo: M

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

Matricula: 076949497

N. Soc:



ORTOPEDIA

Leito: URGEM

- HOSPITAL ESPERANÇA -

LAUDO MÉDICO

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

Recife, 15/10/2019

Dr. Wilton Mendes de Souza Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22617

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

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

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

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

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

QUEIXA PRINCIPAL:

SSVV: FR FC PA

SATURAÇÃO O2

DOR ☒ SIM () NÃO LOCAL DA DOR PC (C) INTENSIDADE (ESCALA DE EVA):

Alergias ☐ Sim ☒ Não Quais:

Assin. Enfermagem

Horário do início do atendimento médico 16:08 h

MA:

Antecedentes

HAS ☐ Sim ☒ Não **Tabagismo** ☐ Sim ☒ Não

DM Sim Nã **Etilismo** Sim Nã

Asma/DPOC ☐ Sim ☐ Não Angina/IAM ☐ Sim ☐ Não

AVC	☐ Sim	☐ Não	Dist coag	☐ Sim	☐ Não
-----	------------------------------	------------------------------	-----------	------------------------------	------------------------------

Alc	☐ Sim	☐ Nao	Dist. cong.	☐ Sim	☐ Nao
Convulsões	☐ Sim	☐ Nao	Neoplasia	☐ Sim	☐ Nao

Convulsões	☐ Sim	☐ Não	Neoplasia	☐ Sim	☐ Não
IRA/IRC	☐ Sim	☐ Não	Uso de QT	☐ Sim	☐ Não

☐ Sim ☒ Não **Uso de QI** ☐ Sim ☒ Não

Outros: _____

Alergia ☐ Sim ☐ Não

Internamento último 90 dias ☐ Sim ☐ Não

Motivo: _____

Uso de ATBs nos últimos 60 dias ☐ Sim ☐ Não

Cirurgias Prévias ☐ Sim ☐ Não

Quais: _____

História de Doença Psiquiátrica ☐ Sim ☐ Não

Nível de Risco:

H.D.A

Verantwortung sollte aufgeteilt sein ± 20 min,
entweder 1/2 der 20 Minuten oder 10 min (2)

Medicamentos em uso

Neger

Exame físico

Geral: Temperatura °C

ORL:

AR: FR _____ irpm

ACV: PA / mmHg FC bpm

ABD:

SN:

Extremidades:

Hipótesis diagnósticas

1- Train a PC (C)

CID 10:

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

~~Dr. Wilton M. ...
Oncology ...
C: 23817~~

Hora	Medicação	Apresentação	Quantidade	Via	Médico assinatura e carimbo	Hora Adm.	Técnico assinatura e carimbo
16:09	① Zonac 100mg/100ml SFC 9/10 EV				 Dr. Wilson Matos da Paz Filho Ortopedia e Traumatologia CRM-PE: 25617	16/50	AR454390
17:45	② ZONA BETA em alie pela e é do po				 Dr. Wilson Matos da Paz Filho Ortopedia e Traumatologia CRM-PE: 25617	18/30	M65 0217

ADENILSON BATISTA DO
 NASCIMENTO
 Nasc: 23/06/1986 - 33a3m22d
 Reg: 1784828 - Print: 000479200
 AMIL/725 - AMIL - Sexo: M
 Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55

ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO
Nasc:23/06/1986 - 33a3m22d
Reg:1784828 - Prent: 000479200
ANIL/726 - ANIL - Sexo: M
Extado:15/10/2010 - Hora:15:55

Anotações de enfermagem

Pcte admitido neste serviço com queixa de dor, edema em PE esq. após Trauma. Realizado RX após avaliação do ortopedista. Medicado conforme prescrições médicas, punção de AVP em MSE, Cateter 22, com êxito. Solicitado internamento cirúrgico segue sob cuidados da equipe, orientado e sinalizado quanto ao risco de queda.

Ana Rafaela Barbosa Silva
Coren-PE 454390 - ENF

Às 18:30 Realizado imobilização com = com abertura de janela conforme prescrição médica. 03 gesso / 03 crepe / 02 met. malha 10cm. 15cm 15cm 10cm
Segue sob cuidados da enfermagem. ^{18:30} 02/17

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

MONITORAMENTOS

Hora	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00
FR											18													
PA											120													
FC											72													
TEMP°C											36													
GLICEMIA-HGT											96,7													
SATO ₂											98													
EVA											10													

SCORE DA DOR (EVA)

LEVE	MODERADA	INTENSA
0	1	2

RISCOS

- ☐ QÜEDA
☐ FLEBITE

CONDUTAS

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

ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO
Nasc: 23/06/1986 - 33a3e22d
Reg 1784828 - Prof. 000479200
ANIL7726 - ANIL - Sexo: M

REAVALIAÇÃO MÉDICA

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

LEVE

MODERADA

INTENSA

0



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

14:00 Rx evidente de fx do 2º-3º-4º-5º MT7s @
co: Internamento p/ tto cirúrgico

Dr. Wilton Moraes de Fátima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 20017

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

co: 1) Alta Hospitalar sob observação de MM

Dr. Wilton Moraes de Fátima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 20017

Diagnóstico final do serviço de emergência

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

Horário de Conclusão do atendimento: h

Destino do paciente

- ☒ Alta hospitalar
 ☐ Alta a pedido
 ☐ Evasão
 ☐ Óbito
 ☐ Transferência
 ☐ Encaminhamento a outra especialidade

- ☒ Internamento
 ☐ UTI
 ☐ Apartamento

WILTON MORAES DE FÁTIMA
NASCIMENTO

Nasc: 23/06/1986 - 33a3m22d

Reg: 1764828 - Prof: 000479200

AMIL/725 - AMIL - Sexo: M

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

Matrícula: 076949497

N.Soc:

ORTOPEDIA

Leito: URGEM

ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO
Nasc: 23/06/1936 - 33a3m22d
Reg: 1781828 - Pront: 000479200
RHIL/728 - RHIL - Sexo: M
Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55
Matricula: 076949497
N. Soc:
ORTOPEDIA
Leito: URGEM
4784028

Sequente

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

es/10/19

Dr. Wilton Mendes da Paz Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 26617

ADMISSÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO: / /

REGISTRO:

DATA DA ADMISSÃO: / /

ADENILSON BATISTA DO

NASCIMENTO

Nasc: 23/06/1986 - 33a3m22d

Rev: 1:84828 - Pront: 000479200

AMIL/725 - AMIL - Sexo: M

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

Matricula: 076949497

N.Soc:



ORTOPEDIA

Leito: URGEM

ANAMNESE

MÉDICO ASSISTENTE:

FONE:

QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO: dor em L5 (e)

H.D.A.:

paciente vítima de acidente de trânsito em 15/10/19, onde sofreu lesões em L5/S1, com dor intensa.

Rx = fr de metatarsos (e)

EXAME FÍSICO:

viden 24/4+ pto (e)

AR: FR _____ irpm SaTO₂: _____

TEMPERATURA: _____ °C

ACV: PA _____ / _____ mmHg FC _____ bpm

ABD:

SNC:

EXTREMIDADES:

RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA - MEDICAÇÃO EM USO DOMICILIAR

MEDICAÇÕES SUSPENSAS NO INTERNAMENTO - (FAVOR JUSTIFICAR MOTIVO)

Dr. Wilton Mendes de Faria
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 28617

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

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

Ana Rafaela Barbosa Silva
Crecen-PE 454390 -ENF

Assinatura/carimbo
Enfermeiro

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

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Coordenadora de Enfermagem	Satir: Coordenação de Enfermagem

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Ex de molareses @

CONDUTA / PLANO TERAPÊUTICO

Atenção e Ho cirúrgica

Dr. Wilton Mota da Paz Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25617

PROTOCOLOS

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

EXAMES SOLICITADOS

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

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

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

MEDICAÇÕES PRESCRITAS

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

Dr. Wilton Mota da Paz Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25617
MÉDICO
(ASSINATURA E CARIMBO)

ELABORAÇÃO

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

APROVAÇÃO

Setor: DIRETORIA MÉDICA
Nome: ADRIANA PASSOS

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

NOME		ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO Nasc: 23/06/1986 - 33a3m22d Reg: 1784828 - Print: 000479200 AMIL/726 - AMIL - Sexo: M Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55 Matrícula: 076949497 N.Soc:  ORTOPEDIA Leito: URGEN
DATA	15/10/19	
REGISTRO		
LEITO		
DIAGNÓSTICO	Fratura de metatarso (E)	

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

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 e 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)

ADENILSON BATISTA DO

NASCIMENTO

Nome: 23/06/1986 - 33a3m22d

Reg: 1/A38/B - Print: 000478200

AMIL/726 - AMIL - Sexo: M

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

Matricula: 076949497

N. Soc:



ORTOPEDIA
Leito: URGEN

MOTIVO DA REMOÇÃO DO PACIENTE

DATA: 15/10/19

☐ REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS/EXAMES:

☒ TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES:

SETOR DE ORIGEM:

SETOR DE DESTINO:

SETOR DE ORIGEM: Emerg

SETOR DE DESTINO: UNI

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

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

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

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

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

S
(SITUAÇÃO)
• HDA

Horário saída:

Diagnóstico principal: Fratura metatarsos E.

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

Suporte Ventilatório: ☒ Respiração espontânea ☐ AVM ☐ Oxigenoterapia

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

B
(BACKGROUND)

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

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

A
(AVALIAÇÃO)
• Avaliação clínica

Horário saída:

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

Horário chegada:

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

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

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

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

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

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

Iniciar dieta: ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Outras Pendências:

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

QUAIS?

Assinatura e carimbo do profissional
(SETOR DE ORIGEM)
Ana Rafaela Barbosa Silva
Enferm PE 454360 - ENP

Assinatura e carimbo do profissional
(SETOR DE DESTINO)

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

Elaboração
31/05/2010

Efetivação
10/10/2017

Código:
HES.INS.FOR.10

Versão:
04

Página
1/1

AVALIAÇÃO DO RISCO DE TEV EM PACIENTE CIRÚRGICO

Especialidade cirúrgica:

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

HD: EX UTLS (E) Data: / /

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

☐ Cirurgia de risco alto

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

RISCO ALTO

☐ Cirurgia de porte médio e alto

Idade

> 60 anos ☐

40-60 anos ☐

< 40 anos ☐

Fatores de risco para TEV*?

Sim ☐ Não ☐

Fatores de risco para TEV*?

Sim ☐ Não ☐

RISCO INTERMEDIÁRIO

RISCO BAIXO

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

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

Contra-indicação impede profilaxia medicamentosa?

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

☐ Não

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

Data início: / / Data final: / /

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

Data início: / / Data final: / /

Tempo de profilaxia recomendado

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

☐ Sim

Desambulação precoce
Fisioterapia
Heparina não injetável

Métodos mecânicos

- ☐ Meia Elástica de Compressão Gradual (MECG)
☐ Compressão Pneumática Intermitente (CPI)
☐ Fisioterapia motora para pernas⁴
☐ Nenhum

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

Marcar fatores de risco para TEV presentes

- ☐ Câncer ☐ Insuficiência arterial periférica
☐ Cateteres venosos ☐ Internação em UTI
☐ D. inflamatória intestinal ativa ☐ Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)
☐ Doença respiratória grave ☐ Paresia ou paralisia de MMII
☐ Doença reumática ativa ☐ Quimio/Hormonioterapia
☐ Gravidez/puerpério (não considerar na Cesárea) ☐ Reposição hormonal/CCH
☐ ICC classe III ou IV ☐ Síndrome nefrótica ativa
☐ História prévia de TEV ☐ Trombofilias
☐ Infecção ☐ Varizes/Insuficiência venosa
☐ Pré-Eclâmpsia

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

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

Complicações de profilaxia. Qual?

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

Evolução

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

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

Reavaliação/Mudança de conduta:

Referências: 1. Geerts W et al. Prevention of venous thromboembolism (8th Edition of ACCP Guidelines). Chest 2006; 133:3818-4535; 2. Diretriz Brasileira de Profilaxia de TEV em Paciente Clínico Internado. Disponível online em http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/; 3. Rocha AT et al. Obesity Surgery 2006; 16(12):1645-55; 4. Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism in inpatients undergoing surgery (<http://www.nice.org.uk/CG46>).

ELABORAÇÃO

APROVAÇÃO

Sector: Direção Médica

	PREScrição MÉDICA	
--	-------------------	--

DATA: / / PESO: _____ Kg

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

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

Dr. Wilton Mendes de Paz Filho
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 26617

Atestado Médico

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

Recife, 15 de OUTUBRO de 2019.

Dr. Wilson Martins da Silva Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 21.155-17
Médico (a)

Autorizo o registro do CID neste documento. _____



ESPERANÇA

PACIENTE: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

USO ORAL

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

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, SE DOR

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

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12H POR 5 DIAS

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

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 1X/NOITE POR 5 DIAS

USO EXTERNO

4. GELO LOCAL----- 20 MINUTOS

FAZER COMPRESSAS DE GELO DE 4/4 HORAS


(Assinatura do Médico- CREMEPE nº)

Data: 15/10/19

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



ESPERANÇA

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

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

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

PACIENTE: **ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO**

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

NOVOTRAM 50 MG 02 CAIXAS

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

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

Dr. Wilton Mendes da Paz Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12511

(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-fam.br

OBJETO: EQUIPAMENTO HOSPITALAR

PRESENTE NO CONFORTO DE SUA REABILITAÇÃO

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

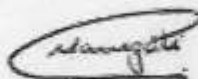
13. O não pagamento das parcelas por mais de 60 (sessenta) dias, implicará no depósito do cheque caução ou cobrança da nota promissória, ficando o LOCATÁRIO/CONTRATANTE isento da devolução do material locado.

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

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

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

Recife, 16 de Outubro de 2019.



LOCATÁRIO

MAFMED - MATERIAIS HOSPITALARES

TESTEMUNHAS:

1) _____

Nome:

CPF:

2) _____

Nome:

CPF:

OBJETO: EQUIPAMENTO HOSPITALAR

PRESENTE NO CONFORTO DE SUA REABILITAÇÃO

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

Nome do responsável: JOACIR BATISTA DO NASCIMENTO

Data Nascimento: 03/01/1960

Endereço: RUA RIO JABOATÃO, 397 B

Bairro: CORDEIRO

Cep: 50721520

Município: RECIFE

Estado: PE

CNPJ/CPF: 33107351415

RG: 2329703

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

Email:

Endereço Entrega: RUA RIO JABOATÃO, 397 B

Bairro: CORDEIRO

Cep: 50721520

Município: RECIFE

Estado: PE

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

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

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

Equipamentos	Período	Valor
13/00078 MULETA CANADENSE (PAR) <i>trava pela múltipla</i>	16/10/2019 à 16/11/2019	30,00

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

LAUDO MÉDICO

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

EXAME: BOA MOBILIDADE E FORÇA MUSCULAR

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

CID: S92.3

DATA: 10/01/20

📍 R. Raulino Silva nº 147,
Mossoró - RN

☎ (51) 3227-5565 / 3227-6623
3222-5484 / 9 9120 9119

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

ADENILSON BATISTA DO

NASCIMENTO

Nasc: 23/06/1986 - 33a4m5d

Reg: 1784828 - Pront: 000479200

AMIL/26 - AMIL - Sexo: M

Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:56

Matricula: 076949497

N. Soc:



ORTOPEDIA

Leito: URGEM

- HOSPITAL ESPERANÇA -

LAUDO MÉDICO

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

Recife, 15/10/2019

Dr. Wilson Martins - Doc. FHO
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 33617

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

CEP: 50.070-480

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

Procedência

☐ Domicílio ☐ Outro Hospital ☐ Home Care ☐ Outros:

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

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

QUEIXA PRINCIPAL:

SSV: FR FC PA

SATURAÇÃO O2

DOR () SIM () NÃO LOCAL DA DOR PE () TEMPERATURA:

Alergias ☐ Sim ☒ Não Quais:

Assin. Enfermagem

NASCIMENTO

Nasc: 23/06/1986 - 33a3e22d

Reg: 1.84828 - Pront: 000479200

RHL: 726 - RHL - Sexo: M

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

Matrícula: 076949497

N. Soc:

1784828

ORTOPEDIA
Leito: URGEM

Horário do início do atendimento médico 16:08 h

MA:

Antecedentes

HAS ☐ Sim ☒ Não Tabagismo ☐ Sim ☒ NãoDM ☐ Sim ☒ Não Etilismo ☐ Sim ☒ NãoAsma/DPOC ☐ Sim ☒ Não Angina/IAM ☐ Sim ☒ NãoAVC ☐ Sim ☒ Não Dist. coag. ☐ Sim ☒ NãoConvulsões ☐ Sim ☒ Não Neoplasia ☐ Sim ☒ NãoIRA/IRC ☐ Sim ☒ Não Uso de QT ☐ Sim ☒ Não

Outros:

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

Motivo:

Uso de ATBs nos últimos 60 dias ☐ Sim ☒ Não

Quais:

Cirurgias Prévias ☐ Sim ☒ Não

Quais:

História de Doença Psiquiátrica ☐ Sim ☒ Não

Nível de Risco:

H.D.A

Leve a náusea após o almoço há 10 min,
incluindo a de e dor de cabeça em PE ()

Medicamentos em uso

Nexa

Exame físico

Geral: Temperatura °C

ORL:

AR: FR irpm

ACV: PA / mmHg FC bpm

ABD:

SN:

Extremidades:

Hipóteses diagnósticas

1- Tumor a PE ()

CID 10:

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

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

Hora	Medicação	Apresentação	Quantidade	Via	Médico assinatura e rubrica	Hora Adm.	Técnico assinatura e rubrica
16:09	①	Tramadol 100mg/100ml SFC/120ml		EV	Dr. Wilson Batista do Nascimento Ortopedia e Traumatologia GRUPE: 25611	16:50	AR454390
17:45	②	700mg BETA em 1ml para a cápsula			Dr. Wilson Batista do Nascimento Ortopedia e Traumatologia GRUPE: 25611	18:30	M65 0257

ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO
Nasc: 23/06/1986 - 33a3m22d
Reg: 1784878 - Print: 006479200
ANIL/726 - ANIL - Sexo: M
Estrada: 5448/2010 - Hora: 15:55

Anotações de enfermagem

Pte admitido neste serviço com queixa de dor idem-
ma em pt. esq. após Trauma. Realizado Rx após avalia-
ção do ortopedista. Medicado conforme prescrição me-
dica, punção de AVP em MSE, Cateter 22, com êxito. Solici-
tado internamento cirúrgico segue as cuidados da
equipe. Orientado e realizado quanto ao risco de
queda.

Ana Raquel Barbosa Silva
Coren-PE 454390 - ENF

Os 18:30 Realizado imobilização com = com
atastura de gesso. Conforme prescrição me-
dica. 03 gesso / 03 crepe / 02 met. malha 10cm.
Segue 15cm 15cm 10cm
Segue os cuidados da enfermagem. 18:30
02st

Luva Proc (Par):	Equipo Simples (Unid.):
Luva Estéril (Par):	Equipo p/ Med (Bic):
Capote:	Seringa 10cc:
Fraldão:	Seringa 5cc:
Algodão Hidrof (Parc. 100g)	Seringa 3cc:
Agulha 13x4,5:	Seringa 1cc:
Agulha 25x7:	Cateter (Punção Periférica) N°:
Agulha 25x8:	Polifix:
Agulha 25x1,20:	Iv Fix:
Agulha 40x12:	Microclave:

MONITORAMENTOS

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

SCORE DA DOR (EVA)

LEVE	MODERADA	INTENSA
0	1	2

RISCOS

- ☒ QÜEDA
☒ FLEBITE

CONDUTAS

- ☒ GRADES ELEVADAS, AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO, IDENTIFICA
☒ TROCA DO ACESO 72h

ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO
Nasc: 23/06/1986 - 03a3m22d
Reg: 1784828 - Pront: 000479209
RMIL/726 - RMIL - Sexo: M

REAVLIAÇÃO MÉDICA

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

LEVE

MODERADA

INTENSA

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Hora

Dor:

Sim ()

Não ()

Escala de Dor (EVA):

14:00 Re avaliação de fr do 2^o-3^o-4^o-5^o MTTs @
co: Internamento p/ Hto cirurgica

Dr. Wilton Mota de Sá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 20617

14:13 Paciente retornou seller de quise a/lgru,
entra em contato c/ Dr. Gabriel Monteiro (amigo)
que opta pelo Hto conservador.

co: (1) Alta Hospitalar sob observação de UH

Dr. Wilton Mota de Sá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 20617

Diagnóstico final do serviço de emergência

1 -

CID 10:

2 -

CID 10:

3 -

CID 10:

4 -

CID 10:

Horário de Conclusão do atendimento

h

Destino do paciente

☒ Alta hospitalar

☐ Alta a pedido

☐ Evasão

☐ Óbito

☐ Transferência

☒ Internamento

☐ UH

☐ Apartamento

☐ Encaminhamento a outra especialidade

J. Dall'Amor

ADENILSON BRITISH DU
NASCIMENTO

Nasc: 23/06/1986 - 33a3m22d

Res: 1784628 - Front: 000478200

RAIL/726 - RAIL - Sexo: M

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

Matricula: 076949497

N. Soc:

ORTOPEDIA
Leito: URGEM

ADENILSON BATISTA DO

NASCIMENTO

Nasc: 23/06/1936 - 33a3m22d

Reg: 1/81828 - Pront: 000479200

AMIL/726 - AMIL - Sexo: M

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

Matricula: 076949497

N. Soc:



ORTOPEDIA
Leito: URGEM

Sequente

- ① Rx de Peerno (e) CAP (perfil)
- ② Rx de Pé (e) (AP/oblique)
- ③ Rx de Sola (AP)
- ④ Rx de Joelho (e) CAP (perfil)

cs/10/19

Dr. Wilton Matos do Per. Filho
Ortopedista - Traumatologia
CRM-PE: 28617

Elaboração
03/09/2014

Efativação
25/04/2017

Código:
HES.INS.FOR.50

Versão:
02

Página
1/1

ADMISSÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO: / /

REGISTRO:

DATA DA ADMISSÃO: / /

ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO

Nasc: 23/06/1936 - 33a3m22d

Rgt: 1.84828 - Prent: 000479208

RAIL/26 - RAIL - Sexo: M

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

Matricula: 076949497

N. Soc:



ORTOPEDIA

Leito: URGEN

ANAMNESE

MÉDICO ASSISTENTE:

FONE:

QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO: Dor em L⁵ S¹

H.D.A.: Paciente vitoso de ortopedicamente L⁵ S¹ L⁴,
volvendo a dor a data indicada a p^o

Rx = fr de metatarsos

EXAME FÍSICO: idem 24/4+ p^o

AR: FR _____ Irpm SaO₂: _____

TEMPERATURA: _____ °C

ACV: PA / mmHg FC _____ bpm

ABD:

SNC:

EXTREMIDADES:

RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA - MEDICAÇÃO EM USO DOMICILIAR

MEDICAÇÕES SUSPENSAS NO INTERNAMENTO - (FAVOR JUSTIFICAR MOTIVO)

Dr. Wilson Moraes Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 25817

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

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

Ana Rafaela Barbosa Silva
Cecop-PE 454390-ENF

Assinatura/carimbo
Enfermeiro

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

ELABORAÇÃO	APROVAÇÃO
Coordenadora de Interação / Emergência	Coordenadora de Enfermagem

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Ex de moluscos @

CONDUTA / PLANO TERAPÊUTICO

Analgesia e Hó cirúrgica

Dr. Wilton Matos do Poz Fêno
Ortopedia e Traumatologia
CRM-152.256-17

PROTOCOLOS

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

EXAMES SOLICITADOS

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

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

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

MEDICAÇÕES PRESCRITAS

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

Dr. Wilton Matos do Poz Fêno
Ortopedia e Traumatologia
CRM-152.256-17
MÉDICO
(ASSINATURA E CARIMBO)

ELABORAÇÃO

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

APROVAÇÃO

Sector: DIRETORIA MÉDICA
Nome: ADRIANA PASSOS

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

NOME		ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO Nome: 23/06/1986 - 33a3m22d Gen: 1781820 - Pront: 000479200 ANIL/725 - RAIL - Sexo: M Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55 Matrícula: 876949497 N. Soc:  ORTOPEDIA Leito: URGEM 1394000
DATA	15/10/19	
REGISTRO		
LEITO		
DIAGNÓSTICO	Fratura de metatarso (E)	

RISCO DE LESÃO DE PELE ASSOCIADO À DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE NO LEITO EVIDENCIADO PELO ESCORE DA ESCALA DE BRADEN													
CD:	☐ MUDANÇA DE DECÚBITO DE 3/3h <table border="1"> <tr> <td>08</td><td>11</td><td>14</td><td>17</td><td>20</td><td>23</td><td>02</td><td>05</td><td>08</td><td>11</td><td>14</td><td>17</td> </tr> </table>	08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17
08	11	14	17	20	23	02	05	08	11	14	17		
RISCO DE ITU EM PACIENTES COM IRC, OLIGURICOS													
CD:	☐ 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:	☒ TROCA DE AVP A CADA 72h <table border="1"> <tr> <td>IN 15/10</td> <td>TROCA 18/10</td> </tr> </table>	IN 15/10	TROCA 18/10										
	IN 15/10	TROCA 18/10											
	☒ TROCA DE EQUIPO A CADA 72h.												
☒ VIGILÂNCIA DO SÍTIO DE PUNÇÃO.													
RISCO DE SANGRAMENTO / HEMORRAGIA RELACIONADO A:													
CD:	☐ USO DE ANTICOAGULANTES (HEMOFOL / HEPARINA EM ALTA DOSAGEM).												
	☒ PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: _____												
	☐ MEDIR DÉBITO DE DRENO A CADA 12h.												
	☒ VIGILÂNCIA CLÍNICA/ SSVV.												
RISCO PARA DISEFUNÇÃO CARDIOVASCULAR SECUNDÁRIO AO USO DE MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA													
CD:	☐ CLORETO DE POTÁSSIO.												
	☐ CLORETO DE SÓDIO 20%.												
	☐ SULFATO DE MAGNÉSIO 50%.												
	☐ ADRENALINA.												
	☐ VIGILÂNCIA DE FC/PA.												
☐ MONITORIZAÇÃO CLÍNICA (SINCOPE; TONTURA).													
RISCO DE HIPOGlicEMIA / HIPERGLICEMIA / COMA RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO DE DM E/OU INSULINOTERAPIA EM ALTA DOSAGEM.													
CD:	☐ INSERÇÃO NO PROTOCOLO DE CONTROLE DE CONTROLE GLICÊMICO.												
	☐ MONITORIZAÇÃO DE ESCALA DE COMA DE GLASGOW.												
RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO ASSOCIADO À GAVAGEM DE DIETA POR SNE/GTT/DISFAGIA/IDADE ACIMA DE 65 ANOS/OUTROS:													
CD:	☐ MANTER CABECEIRA A 45° <table border="1"> <tr> <td>07h - 19h</td> <td>19h - 07h</td> </tr> </table>	07h - 19h	19h - 07h										
	07h - 19h	19h - 07h											
	☐ ASPIRAR VIAS AERÉAS S/N.												
	☐ MANTER DECÚBITO ELEVADO DURANTE AS MOBILIZAÇÕES DO PACIENTE.												
☐ MANTER O USO DE PERÍOGARD EM PACIENTE TQT.													

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

RESUMO DE TRANSFERÊNCIA INTERNA

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

☐ PACIENTE DE ALTO RISCO (transportar com maqueiro ou técnico de enfermagem, médico e 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)

ADENILSON BATISTA DO
NASCIMENTO
Nome: 23/06/1988 - 33a3m22d
Razão: 1781928 - Pront: 000479209
ANIL/725 - ANIL - Sexo: M
Entrada: 15/10/2019 - Hora: 15:55
Matrícula: 876949497
N. Soc:

ORTOPEDIA
Leito: URGEN

MOTIVO DA REMOÇÃO DO PACIENTE

DATA: 15/10/19

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

SETOR DE ORIGEM:

SETOR DE ORIGEM: EMUR

SETOR DE DESTINO:

SETOR DE DESTINO: UNE

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

S - Situação refere-se a uma descrição concisa do problema (HDA e descrição do que motivou a transferência)
B - Background exige informações breves e pertinentes relacionadas à situação atual (diagnósticos da admissão, comorbidades e cirurgias prévias)
A - Avaliação envolve fornecimento e análise e considerações de opções (avaliação clínica e impressão diagnóstica)
R - Finalizar indica as ações recomendadas (recomendações, medicação em uso e exames/laudos pendentes)

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

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

QUAIS?

Assinatura e carimbo do profissional
(SETOR DE ORIGEM)
Assinatura: Rafaela Barbosa Silva
Carimbo: PE 454390 - ENF

Assinatura e carimbo do profissional
(SETOR DE DESTINO)

REVISÃO Versão: 01	DESCRIÇÃO SUMÁRIA Formatação	DATA 05/06/2019
ELABORAÇÃO		APROVAÇÃO Setor: Direção 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 UTCS (e) Data: 1/1

Nome: Etiqueta do paciente
Data: 1/1
Hora: 18:17

☐ Cirurgia de risco alto

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

RISCO ALTO

☐ Cirurgia de porte médio e alto

Idade

> 60 anos ☐

40-60 anos ☐

< 40 anos ☐

Fatores de risco para TEV*?

Sim ☐ Não ☐

Fatores de risco para TEV*?

Sim ☐ Não ☐

RISCO INTERMEDIÁRIO

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

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

RISCO BAIXO

Contra-indicação impede profilaxia medicamentosa?

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

☐ Não

Heparina* Risco alto Risco intermediário

- ☐ HNF ☐ 5.000 U 3x/d ☐ 5.000 U 2x/d
☐ Enoxaparina ☐ 40 mg 1x/d ☐ 20 mg 1x/d

Data início: 1/1 Data final: 1/1

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

Data início: 1/1 Data final: 1/1

Tempo de profilaxia recomendado

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

Desambulação precoce
Fisioterapia
Heparina não utilizada
Classe de risco: Risco Baixo

Métodos mecânicos

- ☐ Meia Elástica de Compressão Gradual (MECG)
☐ Compressão Pneumática Intermitente (CPI)
☐ Fisioterapia motora para pernas*
☐ Nenhum
Data início: 1/1 Data final: 1/1
(Reavaliar em 2 dias)

*** Marcar fatores de risco para TEV presentes**

- ☐ Câncer ☐ Insuficiência arterial periférica
☐ Cateteres venosos ☐ Internação em UTI
☐ D. Inflamatória intestinal ativa ☐ Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)
☐ Doença respiratória grave ☐ Paresia ou paralisia de MMII
☐ Doença reumática ativa ☐ Quimio/Hormonioterapia
☐ Gravidez/puerpério (Não considerar na Cesárea) ☐ Reposição hormonal/CCH
☐ ICC classe III ou IV ☐ Síndrome nefrótica ativa
☐ História prévia de TEV ☐ Trombofilias
☐ Infecção ☐ Varizes/Insuficiência venosa
☐ Pré-Eclâmpsia

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

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

Complicações de profilaxia. Qual?

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

Evolução

Internação: ☐ Alta ☐ Óbito ☐ Transferência ☐ Não apresentou TVP/TEP ☐ TVP ☐ TEP não fatal ☐ TEP fatal Data do TEV: 1/1

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

Reavaliação/Mudança de conduta:

Referências: 1. Geerts W et al. Prevention of venous thromboembolism (8th Edition of ACCP Guidelines). Chest 2008; 133:3818-4533; 2. Diretriz Brasileira de Profilaxia de TEV em Paciente Clínico Internado. Disponível online em http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/; 3. Rocha AT et al. Obesity Surgery 2006; 16(12):1845-55; 4. Venous thromboembolism: reducing the risk of venous thromboembolism in inpatients undergoing surgery (<http://www.nice.org.uk/CG46>).

ELABORAÇÃO: _____ APROVAÇÃO: _____
Setor: Direção Médica

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

DATA: / / PESO: _____ Kg

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

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

Dr. Wilton Mendes de Fátima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 26617



ESPERANCA

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins, que o senhor (a) DAEMILSON Batista
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 TRIN dia (s).
- ☐ Estendo apto para voltar ao trabalho.
- ☐ Como acompanhante.
- ☐ Outros: _____

Recife, 15 de OUTUBRO de 2019

Dr. Wilbur R. Smith
Societate de Tratatologie
(Kil. 1000)
Medicine

Autorizo o registro do QID neste documento.

[illegible]



ESPERANÇA

PACIENTE: ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO

USO ORAL

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

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 6/6 HORAS, SE DOR

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

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12H POR 5 DIAS

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

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 1X/NOITE POR 5 DIAS

USO EXTERNO

4. GELO LOCAL----- 20 MINUTOS

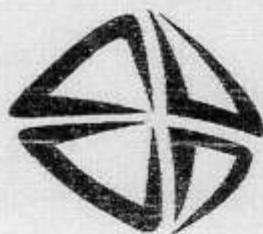
FAZER COMPRESSAS DE GELO DE 4/4 HORAS



(Assinatura do Médico- CREMEPE nº)

Data: 15/10/19

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



ESPERANÇA

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

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

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

PACIENTE: **ADENILSON BATISTA DO NASCIMENTO**

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

NOVOTRAM 50 MG 02 CAIXAS

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

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

Dr. Wilson M. do Amaral
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 120611

(Assinatura do Médico- CREMEPE nº)

Data: 15/10/19

Rua Antônio Gomes de Freitas, 265, Ilha do Leite
Recife – PE, CEP: 50.070-480
Tel: (81) 3121-7878 www.hospitalesperanca.com.br

OBJETO: EQUIPAMENTO HOSPITALAR

PRESENTE NO CONFORTO DE SUA REABILITAÇÃO

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

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

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

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

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

Recife, 16 de Outubro de 2019.



LOCATÁRIO

MAFMED - MATERIAIS HOSPITALARES

TESTEMUNHAS:

1) _____

Nome:

CPF:

2) _____

Nome:

CPF:

OBJETO: EQUIPAMENTO HOSPITALAR

PRESENTE NO CONFORTO DE SUA REABILITAÇÃO

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

Nome do responsável: JOACIR BATISTA DO NASCIMENTO

Data Nascimento: 03/01/1960

Endereço: RUA RIO JABOATÃO, 397 B

Bairro: CORDEIRO

Cep: 50721520

Município: RECIFE

Estado: PE

CNPJ/CPF: 33107351415

RG: 2329703

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

Email:

Endereço Entrega: RUA RIO JABOATÃO, 397 B

Bairro: CORDEIRO

Cep: 50721520

Município: RECIFE

Estado: PE

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

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

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

Equipamentos	Período	Valor
13/00078 MULETA CANADENSE (PAR) <i>três para múltipla</i>	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@mafmед.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.