



CAIXA POSTAL

CADASTRO

AJUDA



Identificar-se

&gt; Bem-vindo &gt; Peticionamento Eletrônico &gt; Peticionamento Eletrônico de 1º Grau &gt;

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



### Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WCRA.20.00168195-8** em **10/07/2020 11:53:58**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

Foro : Crateús  
Processo : 0050642-21.2020.8.06.0070  
Protocolo : WCRA.20.00168195-8  
Tipo da petição : Contestação  
Assunto principal : Seguro  
Data/Hora : 10/07/2020 11:53:58

### Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

### Documentos Protocolados

Exibindo todos documentos >>>Exibir 3 primeiros

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição\* : 2734604\_CONTESTACAO\_01 - 1-10.pdf  
Documentação : 2734604\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-13.pdf  
Documentação : 2734604\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 14-30.pdf  
Documentação : 2734604\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 31-38.pdf  
Documentação : 2734604\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 39-47.pdf  
Documentação : 2734604\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 48-56.pdf  
Documentação : 2734604\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 57-71.pdf  
Documentação : 2734604\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 72-77.pdf  
Documentação : 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf  
Documentação : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 1-2.pdf  
Documentação : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 3-4.pdf  
Documentação : ATOS\_CONSTITUTIVOS\_LIDER - 5.pdf  
Documentação : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf  
Documentação : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf  
Documentação : PROCURAÇÃO\_ATOS\_SUBS\_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 5-6.pdf

### Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição  
Recibo : Realizar download do recibo



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CRATEUS/CE

PROCESSO: 00506422120208060070

AUSÊNCIA DE COBERTURA

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **18/01/2016**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **14/06/2017**.

Diferente do que tentar fazer crer a parte autora, não há nos autos qualquer documento conclusivo para atestar com veemência o nexa causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

### **DO MÉRITO**

#### **DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 14/06/2017 após 16 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 18/01/2016, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

#### **DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA DA AUSÊNCIA DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO**

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial diante da ausência do boletim de atendimento médico.

Ressalta-se a importância da juntada dos documentos médicos já que é através deles que se confirmará a existência das lesões sofridas pela vítima, de modo que sua ausência impossibilita a apuração do nexo de causalidade.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados na exordial, bem como autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital onde foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

#### **DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não

trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

### **DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**<sup>4</sup>.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo<sup>5</sup>.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

---

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

<sup>4</sup>“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

<sup>5</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

***“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”***

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

#### **DA PROVA PERICIAL PARTICULAR – PROVA UNILATERAL**

Conforme se verifica nos autos, o laudo particular colacionado pela parte autora não fornece todos os detalhes acerca da lesão sofridas pela mesma, informações estas extremamente necessárias para o deslinde da demanda.

Não restam dúvidas que a apuração do grau de invalidez da vítima seria mais especificada, se fosse realizada pelo IML ou por peritos judiciais, por se tratarem de profissionais que possuem experiência a capacitação para realização de tais perícias.

Corroborando com esse entendimento, temos os seguintes julgados:

**“RECURSO DE APELAÇÃO CÍVEL – SEGURO DPVAT – AUSÊNCIA DE LAUDO OFICIAL – RELATÓRIO PRODUZIDO POR MÉDICO PARTICULAR – DOCUMENTO UNILATERAL – SENTENÇA ANULADA – RECURSO PROVIDO.**

Se a petição inicial foi instruída com laudo técnico firmado por médico particular, é imperiosa a cassação da sentença para que os autos retornem ao Juízo de origem e seja produzida nova

prova, uma vez que a perícia oficial é o único meio capaz de comprovar a existência da alegada invalidez permanente. (Ap 35998/2013, DESA. MARIA HELENA GARGAGLIONE PÓVOAS, SEGUNDA CÂMARA CÍVEL, TJ MT. Julgado em 12/02/2014, Publicado no DJE 21/02/2014).”

“AÇÃO DE COBRANÇA – DIFERENÇA ENTRE A INDENIZAÇÃO PAGA E AQUELA EFETIVAMENTE DEVIDA – INCAPACIDADE PARCIAL – GRAU – PROVA PERICIAL MÉDICA

1 - De acordo com o enunciado da Súmula nº 474 do C. Superior de Justiça, “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez;” 2 - Para apuração do grau de incapacidade e, consequentemente, do valor da indenização, imprescindível a realização de perícia médica, sendo que apenas a juntada de laudo médico particular não supre tal necessidade. Sentença que deve ser anulada para que seja determinada a realização de perícia médica. RECURSO PROVIDO. Sentença anulada. (TJ-SP, Relator: Maria Lúcia Pizzotti, data de julgamento: 10/06/2015, 30ª Câmara Cível de Direito Privado).”

Desta forma, a utilização da prova pericial particular não deve ser levada em consideração por V. Exa., uma vez que a parte ré não esteve presente, através de seu assistente técnico no momento da referida avaliação, sendo certo que a utilização da mesma caracterizaria o cerceamento de defesa, devendo a demanda ser julgada improcedente, com base nas fundamentações expostas.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

### **CONCLUSÃO**

---

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>7</sup>art. 1º. (...)

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR, inscrito sob o nº 14752/CE, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CRATEUS, 10 de julho de 2020.

**FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**  
**14752 - OAB/CE**



### QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**

### **TABELA DE GRADAÇÃO**

| <b>Danos Corporais Previstos na Lei</b>   | <b>Total (100%)</b> | <b>Intensa (75%)</b> | <b>Média (50%)</b> | <b>Leve (25%)</b> | <b>Residual (10%)</b> |
|---|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores  | R\$ 13.500,00       | R\$ 10.125,00        | R\$ 6.750,00       | R\$ 3.375,00      | R\$ 1.350,00          |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés   |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior   |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral  |                     |                      |                    |                   |                       |
| Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica  |                     |                      |                    |                   |                       |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | R\$ 9.450,00        | R\$ 7.087,50         | R\$ 4.725,00       | R\$ 2.362,50      | R\$ 945,00            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos   |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores  |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés   | R\$ 6.750,00        | R\$ 5.062,50         | R\$ 3.375,00       | R\$ 1.687,50      | R\$ 675,00            |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho  |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar  | R\$ 3.375,00        | R\$ 2.531,25         | R\$ 1.687,50       | R\$ 843,75        | R\$ 337,50            |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo   |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral   |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão  | R\$ 1.350,00        | R\$ 1.012,50         | R\$ 675,00         | R\$ 337,50        | R\$ 135,00            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé  |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço   |                     |                      |                    |                   |                       |

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **FABIO POMPEU PEQUENO JUNIOR**, inscrito na **14752 - OAB/CE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **CRATEUS**, nos autos do Processo nº 00506422120208060070.

Rio de Janeiro, 10 de julho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/CE 27954-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**, brasileiro, solteiro, afastado, portador da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8 e inscrito com CPF sob o nº 540006533-34, residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural Crateús, /CE CEP: 63700-000, **DECLARO** para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural Crateús, /CE CEP: 63700-000, Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

*"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.*

*Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."*

Crateús-CE, 16 de junho de 2017.

*Marcos Antonio Marques de Paula*

**MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**



CONSUMIDOR

2747391-0

Para apagar seu endividamento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002Companhia Energética de Ceará  
Rua Padre Valdevino, 180  
CEP 60035-0-0 | Fortaleza, CE  
CNPJ 07042261/0001-70 | CCF 06.105.868-8

ene



\*0015\*

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

490166334

Rota 14 38000 02 405000 - 0

Data de Emissão 22/08/2017

Nome ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

End. Postal RU DOM PEDRO II 00525 SL 01 ALTOS  
CENTRO - CRATEUS - 63700000

Medidor 11598203

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 600189963-02

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data de Aproximado Próxima Leitura  
Ago/2017 22/08/2017 21/09/2017

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Condição CRATEUS

Mês Jun/2017

ELSD 6,96

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
ISENTO

| Padrão Individual | DUCPI = 0,00 P |       |       | Atenuação Individual |       |       |
|-------------------|----------------|-------|-------|----------------------|-------|-------|
|                   | Mensal         | Trim. | Anual | Mensal               | Trim. | Anual |
| DMC               | 5,67           | 11,34 | 22,69 | 9,00                 | 0,00  | 0,00  |
| FIC               | 3,30           | 6,60  | 13,20 | 0,00                 | 0,00  | 0,00  |
| DMIC              | 3,25           |       |       | 0,00                 |       |       |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

RPP: 7022,5041,6520,2504,1450,1377,0034

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Const. Uel. | Const. Fat. 32 | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|----------------|------------------|-------------|
| 6550        | 6530           | 1,00   | 20            | 0,00        | 32             | 0,846            | 16,65       |
| 22/08/17    | 21/07/17       |        | 32 dias       |             | 32             |                  | 16,65       |

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

MULTA MORATORIA REF 07/2017

JUROS DO MES

SEGURO SUPER 3 + 1 - PRATIL 0800-600-0560

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,88)

VENCIMENTO

PAGAR

TOTAL A

PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| Enerais                    | 9,96  |
| Transmissão                | 0,79  |
| Distribuição               | 1,40  |
| Encargos Setoriais         | 1,87  |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS) | 0,60  |
| TOTAL                      | 16,65 |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 30 | 32 | 30 | 31 | 30 | 35 | 37 | 35 | 37 | 30 | 45 | 43 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

| Emissão kg (CO <sub>2</sub> ) | Compensado kg (CO <sub>2</sub> ) | Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> ) |
|-------------------------------|----------------------------------|---|
| 13,83                         | 0,00                             | 0   |

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta desta fatura R\$ 0,63 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,628 e COFINS:0,144  
CNPJ: 07042261/0001-70 - Av. ... nº 18.657-02 e 18.658-00

Nº do Cliente:

2747391-0

Referência:

Ago/2017

Data de Emissão:

22/08/2017

Total a Pagar (R\$):

0,00

Nº da Nota Fiscal:

490166334

Nº de Controle:

0002747391 00163 39702 83

PARA CONFERÊNCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.

19 OUT 2017

NISTRAÇÃO  SAÚDE

**MÉDICO:**




PRONTUÁRIO: 10.6097

DATA: 18/01/16

VENIO: *[Signature]*

LETO: 04

SETOR: Observação

| PRESCRIÇÃO | APRAZAMENTO | EVOLUÇÃO  |
|------------|-------------|---|
|            |             | 18/01/2016 às 18:45 deu entrada para observação. Paciente orientado verbalizando, com história de acidente com motocicleta, apresenta trauma em ombro D e punho D, com sinais de entorse. Relata dor local. Esquema avaliação do trauma para amanhã. T: 36,1°C P: 104 bpm R: 22 medm PA: 120x80 mmHg.    |
|            |             | 19/01/2016 às 05:15 T: 36,1°C P: 86 bpm R: 20 medm PA: 120x80 mmHg. 19/01/2016 às 20h - clínicamente em repouso por falta de dor, paciente orientado verbalizando com auxílio. Apresenta fratura em distal de R 1 em MSE (punho). Reforço de gesso na região distal, com bandagem MSE. Reforço de gesso por extensão até o trocântor maior. T: 37,0°C R: 68 bpm PA: 120x80 mmHg.  |
|            |             | 20/01/2016 às 08:00 T: 36,5°C P: 88 bpm R: 20 medm PA: 120x80 mmHg.    |

F-27 C R 68 pr-Budapest Janice Alves  
Gm 98 - 80% 20 x 60 REC. ENTENHAMENTO  
EXERCÍCIO SURTADO

(A70 Dec 4 1950)

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



\*0004\*

Documento de Identificação

Eu, MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, portador da carteira de identidade nº 34.253.233-8 e inscrito no CPF/MF sob o nº 540.006.533-34, residente e domiciliado na RUA LOCALIDADE QUIRINO, ZONA-RURAL, Cidade CRATEÚS, Estado CEARÁ, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marcos Antonio Marques de Paula

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

19 OUT 2017

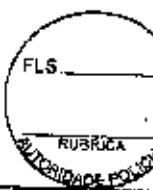
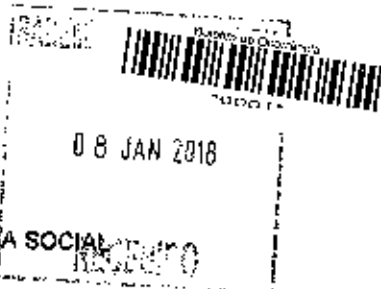
Cratúis, 09 de agosto de 2017

Local e data



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2292 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **14/06/2017 11:11:29**  
Data / Hora da Ocorrência: **18/01/2016 18:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA**  
Complemento:  
Bairro:  
Município: **CRATEUS/CE**  
Ponto de Referência: **LOC DO QUIRINO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Nascimento: **28/07/1973** CPF: **540.006.533-34**  
RG: Orgão Emissor:  
Filiação: **ANTONIA JOSE DE PAULA**  
**ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Endereço: **RUA LOC QUIRINO**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL**

Telefone: **(11) 95412-1568****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OIN2886** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:  
**9C2KD0550CR304465** Renavam: **478004630** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano  
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **PRETA** Proprietário: **MARCIO DE MORAIS PALHARES** Situação:  
**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

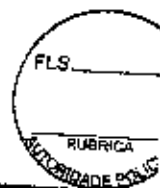
**Histórico**

A VITIMA INFORMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA OIN2886 NA DATA E HORÁRIO A CIMA NA ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA E QUANDO ESTAVA NA LOCALIDADE DE QUIRINO A MOTOCICLETA DERRAPOU, POIS ESTAVA INICIANDO A CHUVA; QUE A ESTRADA É DE BARRO E QUE COM A DERRAPAGEM A VITIMA VAIO AO SOLO; QUE A VITIMA AINDA APOIO COM A MAO ESQUERDA O SEU CORPO NA HORA DO ACIDENTE; QUE A VITIMA ENTÃO "APAGOU" E SO LEMBRA QUE ESTAVA NO HOSPITAL SAO LUCAS; QUE NO SAO LUCAS FOI ATENDIDO PELO PROFISSIONAL JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR; QUE A VITIMA PASSOU POR VÁRIOS EXAMES E QUANDO RETORNOU A SUA CONSCIÊNCIA SOU QUE TINHA FRATURADO A CLAVÍCULA DIREITA, ESCORIAÇÕES NAS COSTELAS, E A FRATURA NA MAO ESQUERDA EM CINCO PARTES; QUE A VITIMA JA FEZ DUAS CIRURGIAS NA MAO ESQUERDA; QUE A VITIMA SENTE DORES E NAO CONSEGUE AINDA MOVIMENTAR , EM SUA PLENITUDE, A SUA MAE ESQUERDA, E NADA MAIS DISSE.//////

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO QUEIXOSO, SENDO AO MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE CRIME NÃO OCORRIDO OU FATO INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI (ART. 339 E 340 DO CPB).



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2292 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

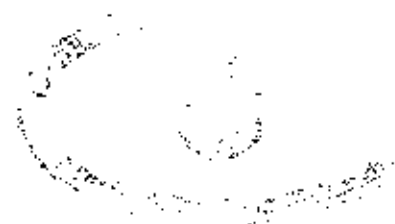
MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 3009391

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Marcelo Pontes Cavalcante*

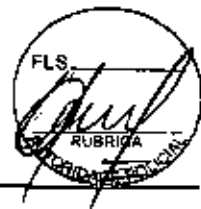
VISTO DO DELEGADO(A):

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA REGIONAL DE CRATELUS**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 2292 / 2017

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **14/06/2017 11:11:29**  
Data / Hora da Ocorrência: **18/01/2016 18:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA**  
Complemento:  
Bairro: Município: **CRATEUS/CE**  
Ponto de Referência: **LOC DO QUIRINO**

**Dados de(s) Vítima(s) \**

Nome: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Nascimento: **28/07/1973** CPF: **540.006.533-34**  
RG : **Orgão Emissor: 158 BEM SEGURADORA S/A**  
Filiação: **ANTONIA JOSE DE PAULA**  
**ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Endereço: **RUA LOC QUIRINO**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL**  
Data: **01 MAR 2018**  
Telefone: **Telef**

**Telephone: (11) 95412-1568**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: OIN2886 Uf: CE Município: CRATEUS Chassi:  
9C2KD0550CR304465 Renavam: 478004630 Tipo do Veículo:  
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Ano  
Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL  
Cor: PRETA Proprietário: MARCIO DE MORAIS PALHARES Situação:  
NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

### Historico

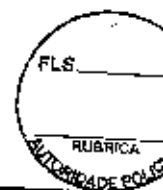
A VITIMA INFORMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA OIN2886 NA DATA E HORARIO A CIMA NA ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA E QUANDO ESTAVA NA LOCALIDADE DE QUIRINO A MOTOCICLETA DERRAPOU, POIS ESTAVA INICIANDO A CHUVA; QUE A ESTRADA É DE BARRO E QUE COM A DERRAPAGEM A VITIMA VAIO AO SOLO; QUE A VITIMA AINDA APOIO COM A MAO ESQUERDA O SEU CORPO NA HORA DO ACIDENTE; QUE A VITIMA ENTÃO "APAGOU" E SO LEMBRA QUE ESTAVA NO HOSPITAL SAO LUCAS; QUE NO SAO LUCAS FOI ATENDIDO PELO PROFISSIONAL JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR; QUE A VITIMA PASSOU POR VÁRIOS EXAMES E QUANDO RETORNOU A SUA CONSCIÊNCIA SOU QUE TINHA FRATURADO A CLAVÍCULA DIREITA, ESCORIAÇÕES NAS COSTELAS, E A FRATURA NA MAO ESQUERDA EM CINCO PARTES; QUE A VITIMA JA FEZ DUAS CIRURGIAS NA MAO ESQUERDA; QUE A VITIMA SENTE DORES E NAO CONSEGUE AINDA MOVIMENTAR , EM SUA PLENITUDE, A SUA MAE ESQUERDA. E NADA MAIS DISSE.//////

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO QUEIXOSO, SENDO AO MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE CRIME NÃO OCORRIDO OU FATO INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI (ART. 339 E 340 DO CPB).

Marcelo Pontes Cavalheiro  
Escrivão de Polícia  
Mat. Funcional 114544



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2292 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

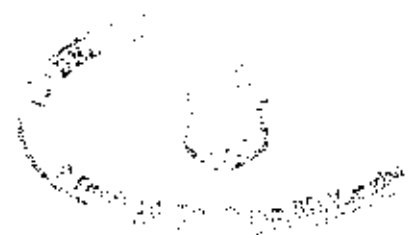
MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 3009391

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Flávia Antônia Marques de Pa*

VISTO DO DELEGADO(A):

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-



NI 2017/05099



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**



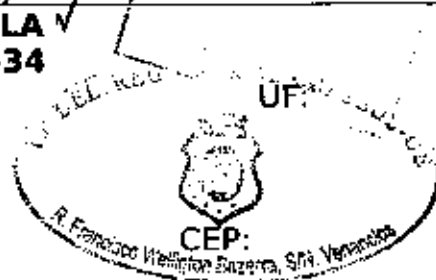
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2292 / 2017**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **14/06/2017 11:11:29**  
 Data / Hora da Ocorrência: **18/01/2016 18:00:00** ✓  
 Endereço da Ocorrência: **ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA**  
 Complemento:  
 Bairro:  
 Município: **CRATEUS/CE**  
 Ponto de Referência: **LOC DO QUIRINO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA** ✓  
 Nascimento: **28/07/1973** CPF: **540.006.533-34**  
 RG : Orgão Emissor:  
 Filiação: **ANTONIA JOSE DE PAULA**  
**ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
 Endereço: **RUA LOC QUIRINO**  
 Bairro: **ZONA RURAL**  
 Município: **CRATEUS/CE**  
 País: **BRASIL**



Telefone: **(11) 95412-1568**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OIN2886** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:  
**9C2KD0550CR304465** Renavam: **478004630** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano ✓  
 Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
 Cor: **PRETA** Proprietário: **MARCIO DE MORAIS PALHARES** Situação:  
**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL** ✓

**Histórico**

A VITIMA INFORMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA **OIN2886** NA DATA E HORÁRIO A CIMA NA ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA E QUANDO ESTAVA NA LOCALIDADE DE QUIRINO A MOTOCICLETA DERRAPOU, POIS ESTAVA INICIANDO A CHUVA; QUE A ESTRADA É DE BARRO E QUE COM A DERRAPAGEM A VITIMA VAIO AO SOLO; QUE A VITIMA AINDA APOIO COM A MAO ESQUERDA O SEU CORPO NA HORA DO ACIDENTE; QUE A VITIMA ENTÃO "APAGOU" E SO LEMBRA QUE ESTAVA NO HOSPITAL SAO LUCAS; QUE NO SAO LUCAS FOI ATENDIDO PELO PROFISSIONAL JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR; QUE A VITIMA PASSOU POR VÁRIOS EXAMES E QUANDO RETORNOU A SUA CONSCIÊNCIA SOU QUE TINHA FRATURADO A CLAVÍCULA DIREITA, ESCORIAÇÕES NAS COSTELAS, E A FRATURA NA MAO ESQUERDA EM CINCO PARTES; QUE A VITIMA JA FEZ DUAS CIRURGIAS NA MAO ESQUERDA; QUE A VITIMA SENTE DORES E NAO CONSEGUE AINDA MOVIMENTAR , EM SUA PLENITUDE, A SUA MAE ESQUERDA. E NADA MAIS DISSE.//////

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO QUEIXOSO, SENDO AO MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE CRIME NÃO OCORRIDO OU FATO INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI (ART. 339 E 340 DO CPB).

Marcelo Pontes Cavalcante  
 Escrivão de Polícia  
 Matr. Funcionária 200544



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 2282 / 2017**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 30093917**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Marco Antonio Marques de Paiva*

**VISTO DO DELEGADO(A):**

**ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4**



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA S. LIDER



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

 EU, MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

PORTADOR(A) DO RG Nº 34.213.211-8 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 26/03/2014 E  
 CPF 5400006533-34 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO DESEMPREGADO  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

 Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4091 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00028761-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

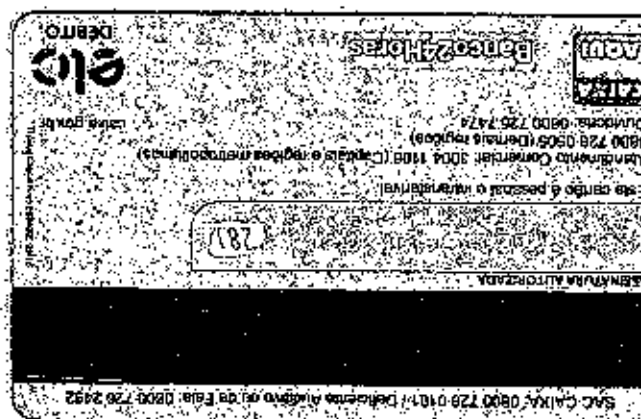
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

 Protiús 09 de agosto de 2017  
 LOCAL E DATA

 Marcos Antonio Marques de Paula  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

Sinistro: **3170559931**  
Vítima: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Data do Acidente: **18/01/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170559931** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Nº Sinistro: **3170559931**  
Vitima: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Data do Acidente: **18/01/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170559931**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Nº Sinistro: **3170559931**  
Vitima: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Data do Acidente: **18/01/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170559931**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

Sinistro: **3170559931**  
Vítima: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Data do Acidente: **18/01/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170559931** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11850440

A/C: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170559931 ASL-0405095/17  
Vitima: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
Data Acidente: 18/01/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Nº Sinistro: **3170559931**  
Vitima: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Data do Acidente: **18/01/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170559931**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11849186

A/C: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170559931 ASL-0405095/17  
**Vitima:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
**Data Acidente:** 18/01/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE:    MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

BANCO:        104

AGÊNCIA:    04091

CONTA:        000000028761-5

---

Nr. da Autenticação 05FFEBE645BC8102



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405095/17

**Número do Sinistro:** 3170559931

**Vítima:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

**CPF:** 540.006.533-34

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/01/2016

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO  
MARQUES DE PAULA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/10/2018  
Nome: ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA  
CPF: 600.189.963-02

\_\_\_\_\_  
ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018  
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO  
CPF: 011.566.373-84

\_\_\_\_\_  
KARINE SANTANA ROMUALDO



## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, brasileiro, solteiro, afastado, portador da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8 SSP/CE, inscrito no CPF nº 540.006.533-34, residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural, Crateús/CE, Ceará, CEP 63700-000.

**OUTORGADO:** ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA, brasileira, solteira, bacharel em direito, inscrita com o CPF sob o nº 600.189.963-02, com escritório profissional na Rua Dom Pedro II, Nº 525 Sala 06, Altos, Centro, Crateús/CE CEP: 63700-000 e-mail: maia.juris@hotmail.com.

**Poderes:** Por este instrumento particular de procuração, o a outorgante nomeia e constitui outorgado seu bastante procurador, para fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito ao Sr. ANTONIO CARLO FERREIRA ocorrido em 26/03/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

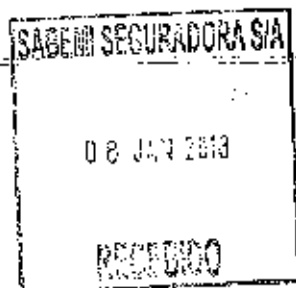
Declaro que dou plenos poderes, para me representar como correspondente do meu Seguro DPVAT, encaminhar, receber, retirar ou entregar qualquer tipo de documento, assinar declarações, autorização de pagamento/ Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim inclusive acompanhamentos em geral oriundo do Dpvt.

Sém mais.

Crateús, Ceará 28 de novembro de 2017.



*Marcos Antonio Marques de Paula*  
MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA



|   |                                |
|---|--------------------------------|
| Reconheço a(s) firma(s) por ser(m) a(s) <i>Andreza Maria Almeida Melo da Maia</i> |                                |
| Doutor(a) <i>CRATEUS-CE</i>   |                                |
| 29 NOV 2017   |                                |
| Em Test. de Verdade.  |                                |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | Rei Savânia Barreto Cavalcante |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | Junior Pimentel Ferreira       |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | Soraya Barreto Cavalcante      |
| VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE   |                                |



523592026-1/2017 (PQ) 14/08/2017 17:00 - (PQ) 003/2017



**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO**

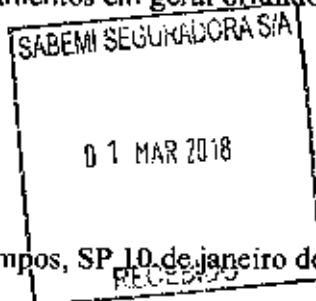
**OUTORGANTE:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, brasileiro, solteiro, afastado, portador da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8 SSP/CE, inscrito no CPF nº 540.006.533-34, residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural, Crateús/CE, Ceará, CEP 63700-000.

**OUTORGADO:** ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA, brasileira, solteira, bacharel em direito, inscrita com o CPF sob o nº 600.189.963-02, com escritório profissional na Rua Dom Pedro II, Nº 525 Sala 06, Altos, Centro, Crateús/CE CEP; 63700-000 e-mail: maia.juris@hotmail.com.

**Poderes:** Por este instrumento particular de procuração, o a outorgante nomeia e constitui outorgado seu bastante procurador, para fim especial de requer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de transito ao Sr. MARCOS ANTONIO DE PAULA, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Declaro que dou plenos poderes, para me representar como correspondente do meu Seguro DPVAT, encaminhar, receber, retirar ou entregar qualquer tipo de documento, assinar declarações, autorização de pagamento/ Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim inclusive acompanhamentos em geral oriundo do Dpvat.

Sem mais.



São José dos Campos, SP 10 de janeiro de 2018.



*Marcos Antonio Marques de Paula*  
**MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

1º Cartório de Notas  
Tabelião: Laura Ribeiro Vissotto  
R. Coronel José Moreira, 314 - Centro - São José dos Campos/SP - CEP 12245-140  
tel: (12) 3202.5900 - fax: (12) 3202.5548 - www.tcartorio1.com.br

Reconheço por autenticidade, a firma de:  
[i]wGxG5KO] MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA...  
São José dos Campos, 10 de Janeiro de 2018.  
Em test... da verdade. *Andrezza Maria Almeida Melo da Maia*  
MARILENE FERNES ALVES A. DE ALMEIDA - ESCRITÓRIO  
Total: R\$15,30. Salvo a taxa de autenticidade de R\$10,00.

1º Tabelião de Notas  
São José dos Campos - SP  
Tabela: Laura Ribeiro Vissotto  
RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE  
11000747303712794

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170559931 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA **Data do acidente:** 18/01/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO  
FRATURA DO 4º E DO 5º METACARPOS ESQUERDOS

**Descrição do exame médico pericial:** CICATRIZES CIRÚRGICAS NO PUNHO E NO DORSO DA MÃO ESQUERDA, DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM AFUNDAMENTO AO NÍVEL DO 4º E 5º METACARPOS, LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DE FLEXÃO DO 4º E 5º DEDOS, DEFORMIDADE NO 5º DEDO, LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXOEXTENSÃO, ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO PUNHO ASSOCIADO A DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM ANTERIORIZAÇÃO DA ULNA, DIMINUIÇÃO MODERADA DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR E HIPOTROFIA MODERADA/GRAVE HIPOTENAR E LEVE TENAR.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE NO PUNHO E NA MÃO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO. EVOLUIU COM INFECÇÃO E PSEUDOARTROSE, NECESSITANDO DE NOVAS CIRURGIAS. APRESENTA RESUMO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR DATADO DE 02/05/2018 DO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DS CAMPOS QUE REFERE DEFORMIDADE PÓS-TRAUMÁTICA DO 4º E 5º METACARPOS ESQUERDOS E RECEBE ALTA E SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE DO 4º E 5º METACARPOS.FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM NOVEMBRO DE 2018.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/11/2018

### Conduta mantida:

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MÃO ESQUERDA, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** GREIVE FREITAS CAVALCANTE

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS              | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 35%       | R\$ 4.725,00          |
| Total                                    |  |  | 35 %      | R\$ 4.725,00          |

**PRESTADOR**

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** ALESSANDRA DURAES ALTAF

**CRM do médico:** 016562

**UF do CRM do médico:** CE

**Assinatura do médico:**

Alessandra Duraes Altaf

Producción  
-0026-



SABEMI SEGURADORA S/A  
19 OUT 2017  
2017. RECEBIDO

*Marcelo Antonio Marques de Paula*  
MARCELO ANTONIO MARQUES DE PAULA

RECONHEÇO A(S) ASSINATURA(S) QUE SE ENCONTRA(M) NA(S) FOLHA(S) DESE(S)NADA(S) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Dou fé: CRATEUS-CE  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 13 SET. 2017  
 Em Test. \_\_\_\_\_ de Verdade.  
 \_\_\_\_\_  
☐ Del. Silvana Barreto Cavalcante  
☐ J. J. F. Ferreira  
☐ Solaya Barreto Cavalcante  
 VALIDO SIMPLEMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

**CARTÃO CANDIDATO**  
3º Ofício Regional de Inscricoes  
Paulista Candidato  
Escritorio 1 - 11/11/11

UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICAS

*Unidade Clínica Médica*  
 DATA DE NASCIMENTO: 23/07/73 UNID: 493  
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: 493  
 HISTÓRICO DIAGNÓSTICO: 493

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ D  
 RM: 000570240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAU  
 PR: ANTONIA JOSE DE PAULA  
 DT: MASC.: 23/07/1973 SEXO: M IMP.: 10/03/2016 0

| DIAGNÓSTICO | GASTRO |        |     |          |     |                        |               |             |           |     | RESPIR |           |                       |       | OUTROS     |            | ASSINATURA E CARIMBO |           |          |              |
|-------------|--------|--------|-----|----------|-----|------------------------|---------------|-------------|-----------|-----|--------|-----------|-----------------------|-------|------------|------------|----------------------|-----------|----------|--------------|
|             | OGS    | DENTRO | PVC | DIETA VO | SNE | ASINO/<br>GASTROSTOMIA | HEMODERIVADOS | SOROTERAPIA | MEDICAÇÃO | IPP | DIURSE | EVACUAÇÃO | SONDA<br>EM SIFONAGEM | DRENO | ILEOSTOMIA | COLOSTOMIA |                      | ASPIRAÇÃO | DECÚBITO | ACOMPANHANTE |
| 1           |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 2           |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 3           |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 4           |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 5           |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 6           |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 7           |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 8           |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 9           |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 10          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 11          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 12          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 13          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 14          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 15          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 16          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 17          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 18          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 19          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 20          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 21          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 22          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 23          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 24          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 25          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 26          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 27          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 28          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 29          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 30          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 31          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 32          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 33          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 34          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 35          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 36          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 37          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 38          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 39          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 40          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 41          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 42          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 43          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 44          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 45          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 46          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 47          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 48          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 49          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 50          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 51          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 52          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 53          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 54          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 55          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 56          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 57          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 58          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 59          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 60          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 61          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 62          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 63          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 64          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 65          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 66          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 67          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 68          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 69          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 70          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 71          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 72          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 73          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 74          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 75          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 76          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 77          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 78          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 79          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 80          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 81          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 82          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 83          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 84          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 85          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 86          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 87          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 88          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 89          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 90          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 91          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 92          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 93          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 94          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 95          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 96          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 97          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 98          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 99          |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |
| 100         |        |        |     |          |     |                        |               |             |           |     |        |           |                       |       |            |            |                      |           |          |              |

SABEMI SEGURADORA S/A  
 29 OUT 2018  
 RECEBIDO





PRESCRIÇÃO MÉDICA



|   |  |       |    |      |           |               |           |         |        |                    |          |
|---|--|-------|----|------|-----------|---------------|-----------|---------|--------|--------------------|----------|
| MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA               |  | Idade | 42 | Sexo | MASCULINO | Especialidade | ORTOPEDIA | D.N. II | 570240 | DATA DA PRESCRIÇÃO | 15/06/16 |
| DIAGNÓSTICO                                   |  |       |    |      |           |               |           |         |        |                    |          |
| POS OP CORREÇÃO DE FRATURA DE RADIO DIGITAL E |  |       |    |      |           |               |           |         |        |                    |          |

| ITEM | PRESCRIÇÃO MÉDICA                              | DIAGNÓSTICO | DATA DE INÍCIO | DIAGNÓSTICO | DATA DE INÍCIO | DIAGNÓSTICO | DATA DE INÍCIO | DIAGNÓSTICO | DATA DE INÍCIO | DIAGNÓSTICO | DATA DE INÍCIO |
|------|--|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|
| 1    | DIETA ORAL GERAL                               |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 2    | AVP  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 3    | KEFAZOL 1G, EV, 8/8H                           |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 4    | DIPIRONA 1G, EV, 6/6H                          |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 5    | CETOPROFENO 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 12/12H  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 6    | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 8/8H (S/N)   |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 7    | OMEPRAZOL 40MG, VO, 1CP, CEDO EM JEJUM         |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 8    | PLASIL 10MG, EV, 8/8H, S/N                     |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 9    | CUIDADOS GERAIS                                |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 10   | SINAIS VITAIS DE 6/6H                          |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 11   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 12   | FISIOTERAPIA MOTORA PARA DEDOS DA MÃO ESQUERDA |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 13   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 14   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 15   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 16   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 17   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 18   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 19   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 20   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 21   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 22   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 23   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 24   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 25   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 26   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |
| 27   |  |             |                |             |                |             |                |             |                |             |                |

Dispensado por:

Contido por:

Recebido por:

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE  
Rua Saigó Nóbrega nº60 - Vila Industrial - São José dos Campos / SP - CEP: 2220-280 - Tel: (12) 3901-3400

SABEMI SEGURADORA S/A

29 OUT 2018

RECEBIDO



NOME DO PACIENTE:

MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

RH:

403

DATA DE ADMISSÃO:

13/08/16

DATA DE NASCIMENTO:

10/01/1973

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HÓSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ D.

NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

DATA DE ADMISSÃO:

13/08/16

DATA DE NASCIMENTO:

10/01/1973

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HÓSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ D.

NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INICIAIS

PACIENTE EM RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

1. Diagnóstico Previsível

1. (1,2,6,10,12,23,21,27) Manter Decúbito em ( ) 90° ( ) 45° ( ) 90°

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

2. Nutrição Desequilibrada

2. (3,10,12,20,21) Avaliar COT, TGT e VAS e anotar aspecto de secreção de ( ) Torção e SN.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

3. Risco de Desequilíbrio de Volume de Líquidos

3. (6,9,10,12,16,20,21,23,26,28,29) Verificar SSVV de ( ) e comunicar e anotar alterações.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

4. Eliminação Urinária Prejudicada

4. (6,9,10,11,12,20,21,22,23) Observar e anotar perfusão periferica e ( ) e comunicar alterações.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

5. Risco de Lesão da Integridade da Pele Prejudicada

5. (9,10,11,16,19,20,21,25) Observar, anotar e comunicar alterações de nível de consciência.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

6. Troca de Colar Prejudicada

6. (13,24) Observar e anotar local e aspecto de ferida operatória.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

7. Mobilidade Física Prejudicada

7. (5,7) Estruturar deambulação ( ) com auxílio.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

8. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

8. (3,4,5,7,14,26) Observar e anotar alterações vasculares e rituais.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

9. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

9. (1,2,20, NL) Testar a sonda arterial antes de administrar drogas e medicações. Lavar a artéria e após com 20 ml de água.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

10. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

10. (19, FL) Realizar assepsia do HUB com Alcol 70% antes e depois de desconectar equipamentos para r1, assepsia.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

11. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

11. (13,18) Anotar e controlar volume e aspecto (dote) cortado(s) do(s) dreno(s) de ( ) de ( )

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

12. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

12. (18, FL) Trocar e datar fixação do acesso venoso a cada 24h e SN. Trocar o acesso periférico a cada 72h após SNA. Observar e anotar aspecto do sítio de acesso.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

13. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

13. (13,27) Realizar banho ( ) Leito ( ) Aspersão ( ) em cabeça. Proteger acesso venoso.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

14. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

14. (13,23,27,28,29, LP) Realizar higiene do conduto após o banho e SN.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

15. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

15. (13,23,27,28,29, LP) Realizar reposicionamento para alívio de pressão de ( ) h.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

16. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

16. (4,5,7,13,23,27,28,29) Observar, anotar e comunicar sinais de dor. Fatores de dor: agitação, choro.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

17. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

17. (17,18) Explicar procedimentos, condutas de enfermagem antes de realizá-los e esclarecer dúvidas.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

18. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

18. (5,7,15,16,17,18,20) Manter gaxas elevadas.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

19. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

19. (7,11,23,27, LP) Colocar colchão ortomórfico.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

20. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

20. (7,17,27,29) Orientar o paciente a usar o suporte para o braço e a cabeça em posição confortável.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

21. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

21. (15,20) Realizar higiene mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) dorax.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

22. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

22. (20) Correlacionar e/ou colocar pulseira de identificação com os seguintes dados: Nome, RH e Data de nascimento.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

23. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

23. (15,20) Realizar higiene mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) dorax.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

24. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

24. (15,20) Realizar higiene mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) dorax.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

25. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

25. (15,20) Realizar higiene mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) dorax.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

26. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

26. (15,20) Realizar higiene mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) dorax.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

27. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

27. (15,20) Realizar higiene mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) dorax.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

28. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

28. (15,20) Realizar higiene mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) dorax.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

29. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

29. (15,20) Realizar higiene mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) dorax.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

30. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

30. (15,20) Realizar higiene mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) dorax.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

31. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

31. (15,20) Realizar higiene mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) dorax.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

32. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

32. (15,20) Realizar higiene mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) dorax.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

33. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

33. (15,20) Realizar higiene mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) dorax.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

34. Risco de Infecção do Sítio de Acesso

34. (15,20) Realizar higiene mecânica ( ) membros superiores ( ) membros inferiores ( ) dorax.

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

RISCO DE INFECÇÃO

SABEMI SEGURADORA S/A

29 OUT 2018

RECEBIDO



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1940  
 1941  
 1942  
 1943  
 1944  
 1945  
 1946  
 1947  
 1948  
 1949  
 1950  
 1951  
 1952  
 1953  
 1954  
 1955  
 1956  
 1957  
 1958  
 1959  
 1960  
 1961  
 1962  
 1963  
 1964  
 1965  
 1966  
 1967  
 1968  
 1969  
 1970  
 1971  
 1972  
 1973  
 1974  
 1975  
 1976  
 1977  
 1978  
 1979  
 1980  
 1981  
 1982  
 1983  
 1984  
 1985  
 1986  
 1987  
 1988  
 1989  
 1990  
 1991  
 1992  
 1993  
 1994  
 1995  
 1996  
 1997  
 1998  
 1999  
 2000  
 2001  
 2002  
 2003  
 2004  
 2005  
 2006  
 2007  
 2008  
 2009  
 2010  
 2011  
 2012  
 2013  
 2014  
 2015  
 2016  
 2017  
 2018  
 2019  
 2020  
 2021  
 2022  
 2023  
 2024  
 2025  
 2026  
 2027  
 2028  
 2029  
 2030  
 2031  
 2032  
 2033  
 2034  
 2035  
 2036  
 2037  
 2038  
 2039  
 2040  
 2041  
 2042  
 2043  
 2044  
 2045  
 2046  
 2047  
 2048  
 2049  
 2050  
 2051  
 2052  
 2053  
 2054  
 2055  
 2056  
 2057  
 2058  
 2059  
 2060  
 2061  
 2062  
 2063  
 2064  
 2065  
 2066  
 2067  
 2068  
 2069  
 2070  
 2071  
 2072  
 2073  
 2074  
 2075  
 2076  
 2077  
 2078  
 2079  
 2080  
 2081  
 2082  
 2083  
 2084  
 2085  
 2086  
 2087  
 2088  
 2089  
 2090  
 2091  
 2092  
 2093  
 2094  
 2095  
 2096  
 2097  
 2098  
 2099  
 2100  
 2101  
 2102  
 2103  
 2104  
 2105  
 2106  
 2107  
 2108  
 2109  
 2110  
 2111  
 2112  
 2113  
 2114  
 2115  
 2116  
 2117  
 2118  
 2119  
 2120  
 2121  
 2122  
 2123  
 2124  
 2125  
 2126  
 2127  
 2128  
 2129  
 2130  
 2131  
 2132  
 2133  
 2134  
 2135  
 2136  
 2137  
 2138  
 2139  
 2140  
 2141  
 2142  
 2143  
 2144  
 2145  
 2146  
 2147  
 2148  
 2149  
 2150  
 2151  
 2152  
 2153  
 2154  
 2155  
 2156  
 2157  
 2158  
 2159  
 2160  
 2161  
 2162  
 2163  
 2164  
 2165  
 2166  
 2167  
 2168  
 2169  
 2170  
 2171  
 2172  
 2173  
 2174  
 2175  
 2176  
 2177  
 2178  
 2179  
 2180  
 2181  
 2182  
 2183  
 2184  
 2185  
 2186  
 2187  
 2188  
 2189  
 2190  
 2191  
 2192  
 2193  
 2194  
 2195  
 2196  
 2197  
 2198  
 2199  
 2200  
 2201  
 2202  
 2203  
 2204  
 2205  
 2206  
 2207  
 2208  
 2209  
 2210  
 2211  
 2212  
 2213  
 2214  
 2215  
 2216  
 2217  
 2218  
 2219  
 2220  
 2221  
 2222  
 2223  
 2224  
 2225  
 2226  
 2227  
 2228  
 2229  
 2230  
 2231  
 2232  
 2233  
 2234  
 2235  
 2236  
 2237  
 2238  
 2239  
 2240  
 2241  
 2242  
 2243  
 2244  
 2245  
 2246  
 2247  
 2248  
 2249  
 2250  
 2251  
 2252  
 2253  
 2254  
 2255  
 2256  
 2257  
 2258  
 2259  
 2260  
 2261  
 2262  
 2263  
 2264  
 2265  
 2266  
 2267  
 2268  
 2269  
 2270  
 2271  
 2272  
 2273  
 2274  
 2275  
 2276  
 2277  
 2278  
 2279  
 2280  
 2281  
 2282  
 2283  
 2284  
 2285  
 2286  
 2287  
 2288  
 2289  
 2290  
 2291  
 2292  
 2293  
 2294  
 2295  
 2296  
 2297  
 2298  
 2299  
 2300  
 2301  
 2302  
 2303  
 2304  
 2305  
 2306  
 2307  
 2308  
 2309  
 2310  
 2311  
 2312  
 2313  
 2314  
 2315  
 2316  
 2317  
 2318  
 2319  
 2320  
 2321  
 2322  
 2323  
 2324  
 2325  
 2326  
 2327  
 2328  
 2329  
 2330  
 2331  
 2332  
 2333  
 2334  
 2335  
 2336  
 2337  
 2338  
 2339  
 2340  
 2341  
 2342  
 2343  
 2344  
 2345  
 2346  
 2347  
 2348  
 2349  
 2350  
 2351  
 2352  
 2353  
 2354  
 2355  
 2356  
 2357  
 2358  
 2359  
 2360  
 2361  
 2362  
 2363  
 2364  
 2365  
 2366  
 2367  
 2368  
 2369  
 2370  
 2371  
 2372  
 2373  
 2374  
 2375  
 2376  
 2377  
 2378  
 2379  
 2380  
 2381  
 2382  
 2383  
 2384  
 2385  
 2386  
 2387  
 2388  
 2389  
 2390  
 2391  
 2392  
 2393  
 2394

RECEBIDO







## UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICAS

NOME DO PACIENTE:

Márcia Antônia Veloso da Silva

RH:

510344

DATA DE ADMISSÃO:

15.08.2017

DATA:

15.08.2017

DATA DE NASCIMENTO: 03.07.73

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Doença de Crohn

COLE AQUI A ENQUETA

| DIAGNÓSTICO DE EVOLUÇÃO (MÓDULO)                       |   | PRONÓSTICO DE EVOLUÇÃO (MÓDULO) |  |
|--|---|---------------------------------|--|
| 1. ( ) Desnutrição Prejudicada                         | 1. (1,2,6,10,12,20,21,27) Manter Debito em: ( ) 0° ( ) 45° ( ) 90°  |                                 |  |
| 2. ( ) Nutrição Desequilibrada                         | 2. (1,6,10,12,20,21) Aspirar COT, TQT e VAS e anotar aspecto do conteúdo de: ( ) horas e SN   |                                 |  |
| 3. ( ) Risco de Desnutrição por Volume de Líquido      | 3. (1,6,10,12,19,20,21,25,26,28,29) Verificar SSVV de: ( ) e comunicar e anotar alterações  |                                 |  |
| 4. ( ) Emissão Urinária Prejudicada                    | 4. (1,6,9,10,11,12,20,21,22,25) Observar e anotar perfusão periferica: ( ) e comunicar alterações   |                                 |  |
| 5. ( ) Risco de Alteração Gastrointestinal Distúrbio   | 5. (1,6,10,11,15,16,20,21,26) Observar, anotar e comunicar alterações de nível de consciência   |                                 |  |
| 6. ( ) Troca de Sinais Prejudicada                     | 6. (1,23) Observar e anotar local e aspecto da ferida cirúrgica   |                                 |  |
| 7. ( ) Mobilidade Física Prejudicada                   | 7. (13,24) Realizar Higiene Oral com: ( ) após as refeições   |                                 |  |
| 8. ( ) Risco de síndrome do tórax                      | 8. (1,5,7) Estimular deambulação ( ) com auxílio  |                                 |  |
| 9. ( ) Débito cardíaco diminuído                       | 9. (3,4,5,7,14,25) Observar e anotar eliminações vesical e retal  |                                 |  |
| 10. ( ) Padrão Respiratório Ineficaz                   | 10. (1,2,20,26) Testar a sonda enteral antes de administrar: dieta e medicações. Lavar a sonda antes e após com 20 ml de água                                   |                                 |  |
| 11. ( ) Perfusão Tissue Periférica Ineficaz            | 11. (1,19,21) Realizar assepsia do Hub com Álcool a 70% antes e depois de desconectar equipamentos para refluxos  |                                 |  |
| 12. ( ) Ventilação espontânea prejudicada              | 12. (1,3,19) Arcoar e controlar volume e aspecto do(s) conteúdo(s) do(s) drenagem de: ( ) de  |                                 |  |
| 13. ( ) Distúrbio no Autocuidado: Banho                | 13. (1,9,21) Trocar e datar fixação do acesso venoso a cada 24h e SN. Trocar o acesso periférico a cada 72h ou SN. Observar e anotar aspecto do mesmo e cutâneo |                                 |  |
| 14. ( ) Contusão aguda                                 | 14. (1,13,27) Realizar banho ( ) em posição. Proteger acesso venoso   |                                 |  |
| 15. ( ) Contusão aguda                                 | 15. (1,7,13,23,27,28,29,31) Realizar Massagem de conforto após o banho e SN   |                                 |  |
| 16. ( ) Comunicação Verbal Prejudicada                 | 16. (1,13,23,27,28,29,31) Realizar reposicionamento para alívio de pressão de: ( ) h  |                                 |  |
| 17. ( ) Dor  | 17. (1,6,7,13,23,27,28,29) Observar, anotar e comunicar sinais de dor. Fases de dor: aguda, crônica   |                                 |  |
| 18. ( ) Dor  | 18. (1,2,2,6,13,14,15,17,18,21) Promover a presença em movimento ou acompanhante  |                                 |  |
| 19. ( ) Dor  | 19. (1,17,19) Explicar procedimentos, condutas de enfermagem antes de realizá-los e esclarecer dúvidas  |                                 |  |
| 20. ( ) Risco de aspiração                             | 20. (1,7,8,15,15,17,21) Manter grades elevadas  |                                 |  |
| 21. ( ) Distribuição ineficaz das vias aéreas          | 21. (1,7,8,15,15,17,21) Manter paciente na posição  |                                 |  |
| 22. ( ) Risco de disfunção neuromuscular periférica    | 22. (1,7,17,27,31) Orientar e explicar solicitação alívio para ler do leito. Deixar a campânula em fácil acesso   |                                 |  |
| 23. ( ) Risco de lesão da pele por pressão             | 23. (1,15,21) Realizar cuidados de pele: ( ) manobras superiores ( ) manobras inferiores ( ) tocas  |                                 |  |
| 24. ( ) Mucosa Oral Prejudicada                        | 24. (1,18) Cortar ou podar: ( ) com a seguinte descrição: Nome, RH e Data de nascimento   |                                 |  |
| 25. ( ) Risco de sangramento                           | 25. (1,18) Cortar ou podar: ( ) com a seguinte descrição: Nome, RH e Data de nascimento   |                                 |  |
| 26. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | 26. (1,18) Cortar ou podar: ( ) com a seguinte descrição: Nome, RH e Data de nascimento   |                                 |  |
| 27. ( ) Contato Prejudicado                            | 27. (1,18) Cortar ou podar: ( ) com a seguinte descrição: Nome, RH e Data de nascimento   |                                 |  |
| 28. ( ) Dor Aguda                                      | 28. (1,18) Cortar ou podar: ( ) com a seguinte descrição: Nome, RH e Data de nascimento   |                                 |  |
| 29. ( ) Dor Crônica                                    | 29. (1,18) Cortar ou podar: ( ) com a seguinte descrição: Nome, RH e Data de nascimento   |                                 |  |
| 30. ( )  | 30. (1,18) Cortar ou podar: ( ) com a seguinte descrição: Nome, RH e Data de nascimento   |                                 |  |
| 31. ( )  | 31. (1,18) Cortar ou podar: ( ) com a seguinte descrição: Nome, RH e Data de nascimento   |                                 |  |
| Identificação do Paciente                              |   |                                 |  |
| Assinatura do Paciente                                 |   |                                 |  |
| Assinatura de Risco Institucional                      |   |                                 |  |
| Assinatura de Risco para Plágio                        |   |                                 |  |
| Assinatura de Risco para Queda                         |   |                                 |  |
| Assinatura de Risco para Lesão por Pressão             |   |                                 |  |
| Assinatura de Risco Nutricional                        |   |                                 |  |







## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: Marcos Antonio Maguiz de Paula

RH:

Leito:

| Data     | Descrição  |
|----------|--|
| 15/03/16 | #Ontopedia #<br>Del Rep. Grupo de Esportes Ft. Roldes 1x1 (E)<br>Pela 2016, REG, C, H, AAA, Fupancos.<br>Sem guerra no momento.<br>EFOS Tola antioquia (E)<br>FO Lima, San Marcos, San Marcos<br>RPP em ms (E)<br>Navegação pública em ms (E)<br>Rizby em QST (E)<br>CS. Alta Hospital confere proteção do Dr. Luciano<br>Conversando com Tereza Maria Damasceno (Apoio) que<br>está presente por sua saúde.<br>O grande grupo central do hospital por chegar<br>por meio de Tereza Damasceno. |

NOTA: As anotações devem ser claras, objetivas e em letra legível. Devem destacar as razões para o estabelecimento de condutas clínicas e resultados de exames-chaves. As anotações devem ser devidamente identificadas (assinatura, carimbo e/ou conselho de classe).



UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICAS

NOME DO PACIENTE

RH: 530540

DATA DE ADMISSÃO: 10/08/16

DATA: 10/08/16

Marcos Antonio Marques de Paula

LEITO: 103

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Clínica de Pequena Dependência

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ D

RH: 000570240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

PAE: ANTONIA JOSE DE PAULA

DT. NASC.: 23/07/1973 SEXO: M IMP.: 13/08/2016 19:53

| HORA                            | CONTROLES    |               |                     |                         |             | GANHOS                   |                      |     |        |     | PERDAS   |                                |                      |                |             | OUTROS       |     |         | ACOMPANHANTE | ACORDO |           |                      |       |   |            |           |        |
|---------------------------------|--------------|---------------|---------------------|-------------------------|-------------|--------------------------|----------------------|-----|--------|-----|----------|--------------------------------|----------------------|----------------|-------------|--------------|-----|---------|--------------|--------|-----------|----------------------|-------|---|------------|-----------|--------|
|                                 | PA SISTÓLICA | PA DIASTÓLICA | FREQÜÊNCIA CARDÍACA | FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA | TEMPERATURA | SATURACÃO O <sub>2</sub> | FLUXO O <sub>2</sub> | DOE | DECTRO | PVC | DIETA VO | SNE                            | JEJUNO/ GASTROSTOMIA | HEMOGLOBINADOS | SOROTERAPIA | REHIDRATAÇÃO | NPP | DIURESE |              |        | EVACUAÇÃO | SONDA PARA SIFONAGEM | DRENO | ILEOSTOMIA                                    | COLOSTOMIA | ASPIRAÇÃO | DECATO |
| 8                               | 110          | 70            | 72                  | 18                      | 36,5        | 98                       |                      |     |        |     | 100      |                                |                      |                |             |              |     | 2+      |              |        |           |                      |       |   |            | N         |        |
| 10                              |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| 12                              |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| BALANÇO PARCIAL MANHÃ:          |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| 14                              | 120          | 80            | 72                  | 18                      | 36,5        |                          |                      |     |        |     | 100      |                                |                      |                |             |              |     | 2+      |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| 16                              |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| 18                              |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| BALANÇO PARCIAL TARDE:          |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| 20                              | 110          | 70            | 72                  | 18                      | 36,5        |                          |                      |     |        |     | 100      |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| 22                              |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| 24                              |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| 2                               |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| 4                               | 112          | 70            | 72                  | 18                      | 36,5        |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     | 1+      |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| 6                               |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| BALANÇO PARCIAL NOTURNO:        |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| DEBITOS SONDAS 24H:             |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| LEGENDA DEBITOS:                |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| LEGENDA PERDAS:                 |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| LEGENDA ELIMINAÇÕES INTERNAS:   |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          |                                |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       |   |            |           |        |
| DRENO DE TONAX 24H:             |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          | DRENO DE TONAX 24H:            |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       | BALANÇO 24H:                                  |            |           |        |
| JOH: Decúbito Dorsal Horizontal |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          | JOH: Decúbito Lateral Esquerdo |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       | LEGENDA ACOMPANHANTE: 9 (SIM) - N (NÃO)       |            |           |        |
| 1-31: Pequeno quantidade        |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          | 2-4: Moderada quantidade       |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       | Divisão de Enfermagem: Via Única - Profilaxia |            |           |        |
| P: Passiva                      |              |               |                     |                         |             |                          |                      |     |        |     |          | S: Sólida                      |                      |                |             |              |     |         |              |        |           |                      |       | Liquida                                       |            |           |        |

Cópia Autenticada  
Hosp. Municipal Dr. José de Carvalho Florence  
16/08/2016 19:53  
Dr. Marcos Antonio Marques de Paula  
Cópia Autenticada  
Hosp. Municipal Dr. José de Carvalho Florence  
16/08/2016 19:53

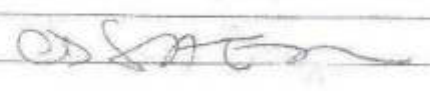



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: Marcos Antônio

RH:

Leito: 403

| Data     | Descrição  |
|----------|--|
| 10/08/16 | Proctodesse nasal / Karyoides.<br>en/ou Lúculo, oncostato, eupneico, brônquios latg<br>23:00 1755 sem queixas, deambulando, SSU<br>estáveis<br>  |
| 10.08.16 | # Opgo Redir<br># PO Correção de Sepala Frat. Pêd. O<br>Lava quarte atpica<br>Pêd. Lotê, como a Duplante<br>Mêd. + Ponto Ucu Coratito L. Mbo<br>1 Scc. Sem difer. Reposition<br>Lxam. microbiol. indisposto pelo proce<br>o. Teste na parede. Modificar<br>por adio paratipa.<br>C.P. - ATB<br>- Fisioterapia para Mêd<br> |

Cópia Autenticada  
Prestação Municipal de Serviços  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence

16 FEV 2017  
Dr. Marcos Antônio Zampier  
Coordenador Médico SSM - HMC  
CRM 37123 / OMS 20444000000



# EXAME FÍSICO

| NEUROLOGICA   |  | AVALIAÇÃO  |  | IDADE GESTACIONAL  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| ABERTURA OCULAR   |  | RESPIRATORIA   |  | DUM: DPP:  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico   |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Origem verbal   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Dispneico  |  | MAMAS E MAMILOS  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Est. Doloroso   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Bradipneico  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Normal   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Não Responde  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Taquidispneico   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Bico Invertido   |  |
| PUPILAS   |  | Tipo:  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Isocórica   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Ventilação espontânea                                  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Anisocórica   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Tubo oro traqueal                                      |  | A U: D U:  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Midriase  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Traqueostomia  |  | Parto:   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Miose   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Cateter nasal  |  | Incisão cirúrgica:   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médio fixa  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Máscara  |  | Epsio:   |  |
| FOTOREAÇÃO  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Tosse caract.:   |  | Loquios: presentes <input checked="" type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não |  |
| PD ( ) PE ( )   |  |  |  | Colostro: presente <input checked="" type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não |  |
| MELHOR RESPOSTA   |  | MURMÚRIOS VESICULARES  |  | GASTRO INTESTINAL  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Orientado   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Presentes <input checked="" type="checkbox"/> Ausentes |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Confuso   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Diminuídos local:                                      |  | ACEITAÇÃO ALIMENTAR  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Localiza  |  |  |  | VO Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                 |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Não responde  |  | RUIDOS ADVENTÍCIOS   |  | SNE Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>                |  |
| RESPOSTA MOTORA   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Roncos   |  | Outros:  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Obedece ordens  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Ausentes   |  | ELIMINAÇÕES FECAIS   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Localiza dor  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Diminuídos local:                                      |  | Presentes <input checked="" type="checkbox"/>  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Não reage a dor   |  |  |  | Ausentes <input checked="" type="checkbox"/>   |  |
| ESTADO MENTAL   |  | CARDIO VASCULAR  |  | Periodicidade:   |  |
|   |  | <input checked="" type="checkbox"/> RCI <input checked="" type="checkbox"/> RCR            |  | ABDÔMEN  |  |
|   |  | Pulso LD LE  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Plano  |  |
|   |  | Carotídeo <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>          |  | <input checked="" type="checkbox"/> Rígido   |  |
|   |  | Branquiais <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> Timpânico  |  |
| MOTRICIDADE   |  | Radiais <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>            |  | <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso a palpação  |  |
| MMSS  |  | Femorais <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>           |  | <input checked="" type="checkbox"/> Globoso  |  |
| D E   |  | Poplíteos <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>          |  | <input checked="" type="checkbox"/> Flácido  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Força normal  |  | Pediosos <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>           |  | <input checked="" type="checkbox"/> Distendido   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Paresia   |  | A(ausente), C(chelo), F(filiforme)   |  | ELIMINAÇÃO URINÁRIA  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Plicia  |  |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> SVD  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Parestesia  |  | PERFUSÃO PERIFÉRICA  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Uripen   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Descerebração   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Boa  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Micção Espontânea  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Decorticação  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Diminuída  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Incontinência urinária   |  |
| CABEÇA E PESCOÇO  |  | INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Concentrada  |  |
| Prótese dentária Inf <input checked="" type="checkbox"/> Supl <input checked="" type="checkbox"/> |  | <input checked="" type="checkbox"/> Lesões   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Limpida  |  |
| ocular OF <input checked="" type="checkbox"/> OD <input checked="" type="checkbox"/>              |  | Edema <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>              |  | <input checked="" type="checkbox"/> Presença de sedimentos   |  |
| auditiva OF <input checked="" type="checkbox"/> OD <input checked="" type="checkbox"/>            |  | Varizes <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>            |  | <input checked="" type="checkbox"/> Hematúria  |  |
| ACUIDADE VISUAL   |  | Vícias <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>             |  | <input checked="" type="checkbox"/> Oligúria   |  |
| NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input checked="" type="checkbox"/>              |  | Manchas <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>            |  | <input checked="" type="checkbox"/> Poliúria   |  |
| DIMINUÍDA <input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input checked="" type="checkbox"/>           |  | Cicatrizes <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>         |  | <input checked="" type="checkbox"/> Anúria   |  |
| AUSENTE <input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input checked="" type="checkbox"/>             |  | GENITURINÁRIO  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Disúria  |  |
| ACUIDADE AUDITIVA   |  | ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS   |  | CATETERES  |  |
| NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input checked="" type="checkbox"/>              |  | PN   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Arterial   |  |
| DIMINUÍDA <input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input checked="" type="checkbox"/>           |  | PC   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Flebotomia   |  |
| AUSENTE <input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input checked="" type="checkbox"/>             |  | PF   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Intracateter   |  |
| CONDIÇÕES OROFARINGE  |  | ABORTOS:   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Gelco / Sca  |  |
|   |  |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Outro:   |  |

Obs. Gerais do Paciente

Peso: Alt.: PA: 130/90 CT: 30-2 R: 19 Pulso: 62

ASSINATURA ENFERMEIRA (O):

COREN: 2

Cópia Autenticada  
Prefeitura Municipal de São Paulo  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José C. Ferraz  
16 FEB 2017  
Mônica Andrade Zappalá  
Enfermeira Especialista em Saúde  
Hospital Municipal Dr. José C. Ferraz



## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA RH: Leito: 403

| Data     | Descrição   |
|----------|---|
| 14/08/16 | <p># ORTOPEDIA =</p> <p>PO CORREÇÃO SEQUELA FRATURA RÁDIO DISTAL (E)</p> <p>Paciente no lit, consciente, orientado, verbalizado. Desnecessário de dor em punho (E) à mobilizar.</p> <p>EF0: BEG, cost, distal, supini, estável hemodinâmico.</p> <p>MSE =&gt; Em uso de tableta antitrombotica. Edo (+/-). Presença de rigidez M+C-Flexão M=C. BPP.</p> <p>CD: Sólido Fino. Mot. Traço de Escrita</p> |





[illegible]



NOME DO PACIENTE: Yunes Antonio Nogueira de Almeida  
 RH: 30248  
 DATA DE ADMISSÃO: 05/12/1993  
 DATA DE SAÍDA: 05/12/1993

DATA DE NASCIMENTO: 05/12/1943 LETO: 403  
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Unidade de Terapia Intensiva  
 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Infarto do miocárdio

COLE AQUI A ETIQUETA

| DIAGNÓSTICO DE ESPERANÇAS (UNID)                       |   | PREVISÃO DE ESPERANÇAS (UNID) |  |
|--|---|-------------------------------|--|
| 1. ( ) Desidratação - avaliação                        | ( ) 1, 2, 5, 10, 12, 20, 25, 27) Manter Decúbito em ( ) 0° ( ) 30° ( ) 45° ( ) 60°  |                               |  |
| 2. ( ) Risco de Desequilíbrio de Volume e Líquidos     | ( ) 10, 12, 20, 21) Avaliar COT, TQT e VAB e anotar aspecto de secreção de ( ) nasas e SN   |                               |  |
| 3. ( ) Risco de Desequilíbrio de Volume e Líquidos     | ( ) 9, 10, 12, 18, 20, 21, 25, 26, 28, 29) Verificar SSVV e ( ) comunicar e anotar alterações   |                               |  |
| 4. ( ) Eliminação Urinária Prejudicada                 | ( ) 9, 10, 11, 12, 20, 21, 22, 23) Observar e anotar perfusão periférica ( ) e comunicar alterações   |                               |  |
| 5. ( ) Risco de Músculos Gastrointestinal Doloridos    | ( ) 10, 11, 15, 19, 20, 21, 25) Observar e anotar alterações de nível de consciência  |                               |  |
| 6. ( ) Troca de Gases e Equilíbrio                     | ( ) 23) Observar e anotar local e aspecto de ferida operatória ( ) e comunicar alterações   |                               |  |
| 7. ( ) Mobilidade Física Prejudicada                   | ( ) 13, 24) Realizar Higiene Oral com ( ) após as refeições   |                               |  |
| 8. ( ) Risco de síndrome do delírio                    | ( ) 13, 24) Estimular desenvolvimento ( ) com auxílio   |                               |  |
| 9. ( ) Delírio cardíaco difuso                         | ( ) 4, 5, 7, 14, 25) Observar e anotar alterações visuais e táteis  |                               |  |
| 10. ( ) Risco de Respiração Ineficaz                   | ( ) 1, 2, 20, 21) Testar e anotar vitalidade antes de administrar dieta e medicações. Lavar a antes e após com 20 ml de água                  |                               |  |
| 11. ( ) Perfusão Tardia - Periférica Ineficaz          | ( ) 19, 21) Realizar aspiração do Húo com Alcool a 70% antes e depois de desconectar equips para intubação                                    |                               |  |
| 12. ( ) Ventilação Ineficaz por problemas              | ( ) 13, 19) Anotar e controlar volume e aspecto do(s) contêiner(s) do(s) drenos(s) de ( ) de  |                               |  |
| 13. ( ) Defeito no Autocircuito - Bando                | ( ) 19, 21) Trocar e distal fixação do acesso venoso a cada 24h e SN. Trocar o acesso periférico a cada 72h e SN                              |                               |  |
| 14. ( ) Defeito no Autocircuito - Higiene Intima       | SN. Observar e anotar aspecto do manto e comunicar  |                               |  |
| 15. ( ) Contúso abdominal                              | ( ) 7, 13, 23, 27, 28, 29, 30) Realizar ( ) e anotar. Proteger acesso venoso  |                               |  |
| 16. ( ) Comunicação Verbal Prejudicada                 | ( ) 1, 7, 13, 23, 27, 28, 29, 30) Realizar ( ) e anotar. Proteger acesso venoso   |                               |  |
| 17. ( ) Afecção  | ( ) 4, 5, 7, 13, 23, 27, 28, 29) Observar e anotar e comunicar sinais de dor. Facas de dor, agitação, choro                                   |                               |  |
| 18. ( ) Risco de Infecção                              | ( ) 3, 7, 13, 23, 27, 28, 29) Priorizar a presença/ envolvimento do acompanhamento  |                               |  |
| 19. ( ) Risco de Infecção                              | ( ) 17, 18) Explicar procedimentos, condutas de enfermagem antes de realizá-los e esclarecer dúvidas  |                               |  |
| 20. ( ) Risco de asfixia                               | ( ) 7, 13, 23, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição   |                               |  |
| 21. ( ) Risco de asfixia                               | ( ) 4, 5, 7, 13, 23, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição   |                               |  |
| 22. ( ) Risco de asfixia                               | ( ) 7, 13, 23, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição   |                               |  |
| 23. ( ) Risco de asfixia                               | ( ) 7, 13, 23, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição   |                               |  |
| 24. ( ) Risco de asfixia                               | ( ) 7, 13, 23, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição   |                               |  |
| 25. ( ) Risco de asfixia                               | ( ) 7, 13, 23, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição   |                               |  |
| 26. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 27. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 28. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 29. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 30. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 31. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 32. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 33. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 34. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 35. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 36. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 37. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 38. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 39. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 40. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 41. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 42. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 43. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 44. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 45. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 46. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 47. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 48. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 49. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |
| 50. ( ) Risco de Desequilíbrio na Temperatura Corporal | ( ) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30) Manter paciente na posição |                               |  |



# PRESCRIÇÃO MÉDICA



|  |           |                                 |           |         |     |          |  |                    |                    |
|--|-----------|---------------------------------|-----------|---------|-----|----------|--|--------------------|--------------------|
| NOME DO PACIENTE                             |           | MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA |           | 1       |     | INFORMAR |  | DATA DA INTERNAÇÃO |                    |
| IDADE  | SEXO      | ESPECIALIDADE                   | ORTOPEDIA | D.N. II | III | 570240   |  | 13/08/16           |                    |
| 42   | MASCULINO | DIAGNOSTICO                     |           |         |     |          |  |                    | DATA DA PRESCRIÇÃO |
| POS OP CORREÇÃO DE FRATURA DE RADIO DISTAL E |           |                                 |           |         |     |          |  |                    |                    |

| ITEM | PRESCRIÇÃO MÉDICA                              | DATA DE ANTIOTÉTICO | DOSE | VIA | FREQÜÊNCIA | HORA INICIA | 13/08 | 14/08 |
|------|--|---------------------|------|-----|------------|-------------|-------|-------|
| 1    | DIETA ORAL GERAL                               |                     |      |     |            |             |       |       |
| 2    | AVP  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 3    | KEFAZOL 1G, EV, 8/8H                           |                     |      |     |            |             |       |       |
| 4    | DIPIRONA 1G, EV, 6/6H                          |                     |      |     |            |             |       |       |
| 5    | CETOPROFENO 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 12/12H  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 6    | TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 8/8H (S/N)   |                     |      |     |            |             |       |       |
| 7    | OMEPRAZOL 40MG, VO, 1CP, CEDO EM JEJUM         |                     |      |     |            |             |       |       |
| 8    | PLASIL 10MG, EV, 8/8H, S/N                     |                     |      |     |            |             |       |       |
| 9    | CUIDADOS GERAIS                                |                     |      |     |            |             |       |       |
| 10   | SINAIS VITAIS DE 6/6H                          |                     |      |     |            |             |       |       |
| 11   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 12   | FISIOTERAPIA MOTORA PARA DEDOS DA MÃO ESQUERDA |                     |      |     |            |             |       |       |
| 13   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 14   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 15   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 16   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 17   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 18   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 19   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 20   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 21   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 22   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 23   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 24   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 25   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 26   |  |                     |      |     |            |             |       |       |
| 27   |  |                     |      |     |            |             |       |       |

**Cópia Autenticada**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence  
16 FEB 2017  
Dr. Marcos Antonio Marques de Paula  
Coordenador Médico S.M.S. - Saúde  
CRM 116183 / CRM 116184 / CRM 116185

Dispensado por: \_\_\_\_\_ Recebido por: \_\_\_\_\_  
Conteúdo por: \_\_\_\_\_  
Ao prescrever, observe a padronização de medicamentos  
Rua Selgino Macanira nº60 - Vila Industrial - São José dos Campos / SP - CEP 12220-200 - Tel.: (12) 3901-3400

Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence  
RUA SELGINO MACANIRA Nº 60 - VILA INDUSTRIAL - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS - SP - CEP 12220-200 - TEL: (12) 3901-3400





## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: Paula Antonia Marques de Paula

RH: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

| Data         | Descrição   |
|--------------|---|
| 13/03/16     | # Visitada #<br>Dr. Pq. Dr. Gregório de Siqueira de Paula de Pólos Astel (E)<br>Paciente LOTE, AEC, C, U, FFA, Fuparico.<br>Sem queixas no momento.<br>EFB: tal antihistamínico (E) dado em ms (E)<br>BPP em ms (E)<br>Lactação de Feto / Ex. em ms (E)<br>Mamilo presente em ms (E)<br>CD: Mamilo presente internado pr FST mltro em<br>ms (E), conforme avaliação de Alexia<br>Solicita FST mamilo, não visita atual em<br>presente.<br>Presente<br><br>Lun |
| 13/03<br>23h | # Enfermagem #<br>Liação do Antrodax Souvei Kapandji<br>20a evolu em 15, calma, coloração r, q<br>queixas, dieta de 1 boa digestão, 20pm ms<br>tela girada em ms, períodos de hiperter-<br>ria, diurese presente, mantido prescrição<br>de fisioterapia motora pr alívio da dor<br>esquerda, perfusão patofisiológica. Os car-<br>fios.<br>Pr. Benf. 2T S/S;<br>Al. m/c S/RA;<br>PRD: rabar, 20A (E)  |

Cópia Autenticada  
Prefeitura Municipal de São Carlos  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho  
16 FEB 2017  
Dr. Marcos Andrade Xavier  
Cirurgião Geralista  
CRM 112131/125 1044108807

NOTA: As anotações devem ser claras, objetivas e em letra legível. Devem destacar as razões para o estabelecimento de condutas clínicas e resultados de exames-chaves. As anotações devem ser devidamente identificadas (assinatura, cámbrio e/ou conselho de classe).



Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Pimenta  
CDS / SPDA - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                    |  |                    |   |                    |
|--------------------|--|--------------------|---|--------------------|
| NOME DO PACIENTE   | WALDES AMORIM M. 403                           | LEITO              | ENFERMAGEM  | DATA DA INTERNAÇÃO |
| IDADE              | 17   | SEXO               | <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM | ESPECIALIDADE      |
| DIAGNÓSTICO        | D.O.S. CP. LOMBALGIA SEGUNDA MÃO<br>CETOPEINIA |                    |   |                    |
| DATA DA PRESCRIÇÃO | 17.05.16                                       | DATA DA INTERNAÇÃO | 17.05.16  |                    |

| ITEM | PRESCRIÇÃO MÉDICA   | Do de | Antibiótico | Dose | Via | Frequência | Horário | Valor | Notas |
|------|---------------------|-------|-------------|------|-----|------------|---------|-------|-------|
| 01   | Digita em cond      |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 02   | Alb                 |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 03   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 04   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 05   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 06   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 07   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 08   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 09   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 10   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 11   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 12   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 13   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 14   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 15   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 16   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 17   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 18   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 19   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 20   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 21   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 22   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 23   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 24   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |
| 25   | Paracetamol 1g @ 6h |       |             |      |     |            |         |       |       |

HISJ 1058

1ª Edição - Junho/2012



**NOTA:** As anotações devem ser claras, objetivas e em letra legível. Devem destacar as razões para o estabelecimento de condutas clínicas e resultados de exames-chaves. As anotações devem ser devidamente identificadas (assinatura, carimbo ou conselho de classe).



## AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA

RH: 570490  
NOME: Manoel Antônio Marques da Silva DATA: 11/02/14  
Leito: 405 Idade: 92 a Data de Internação: 30/01/14 Cid. Origem: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: Pq PQ varizata aguda, úlcera E.

### RESPIRATÓRIA

( ) IOT ( ) Traqueostomia Plástica ( ) Traqueostomia Metálica (x) Ar Ambiente  
( ) Catéter O2: \_\_\_\_\_ ( ) Tubo T: \_\_\_\_\_ ( ) VMNI  
( ) Máscara O2: \_\_\_\_\_ ( ) Venturi: \_\_\_\_\_ ( ) VMJ  
Padrão Respiratório: Normal Cardiovascular: 42 N 21/21  
Exames Laboratoriais: \_\_\_\_\_ Neurológico: 3K 55 = 0  
RX: \_\_\_\_\_  
AP: uv 71 1/2 K.

### VENTILAÇÃO MECÂNICA

Modo: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Pnsp: \_\_\_\_\_ PS: \_\_\_\_\_ Pnsp: \_\_\_\_\_  
Peep: \_\_\_\_\_ Fluxo: \_\_\_\_\_ VC: \_\_\_\_\_ FIO2: \_\_\_\_\_ Sat O2: \_\_\_\_\_

### MOTORA

( ) Deambulando c/ Déficit (x) Deambulando s/ Déficit ( ) Acamado c/ Déficit ( ) Acamado s/ Déficit  
( ) Hemiplegia \_\_\_\_\_ ( ) Hemiparesia \_\_\_\_\_ ( ) Paraplegia \_\_\_\_\_ ( ) Paraparesia \_\_\_\_\_  
( ) Tetraplegia \_\_\_\_\_ ( ) Tetraparesia \_\_\_\_\_ ( ) Cadeirante \_\_\_\_\_ ( ) Sem auxílio  
( ) Com auxílio de Bengalas ( ) Com auxílio de Muletas ( ) Com auxílio de Andador

Força Muscular Grau: MSD 4 MSE 4 MID 3 MIE 3

CD: \_\_\_\_\_

Transtorno de memória recente e recente de memória recente.  
em testes recentes que foram realizados. Exatidão  
inferioridade e similaridade imitativa, não se realizou  
o teste.  
1º fase: função motora com MSE = 4  
ventilação

Cópia Autenticada  
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence  
Secretaria Municipal de Saúde  
16 FEB 2017  
Dr. Marcos André Xavier  
Coordenador Médico SMT-UNITEC  
Cadastrado 11405105 MAC/UNITEC







Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Pereira  
 0551/SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                  |                     |               |             |                    |
|------------------|---------------------|---------------|-------------|--------------------|
| NOME DO PACIENTE | INACIOS             | LEITO         | ENFERMEIRA  | DATA DA INTERNAÇÃO |
| IDADE            | 114                 | SEXO          | MASC        | 2                  |
| DIAGNÓSTICO      | Arterio hipertensão | ESPECIALIDADE | Cardiologia | DATA DA PRESCRIÇÃO |
|                  | 114                 |               |             | 18/07/12           |

| Nº ITEM | PRESCRIÇÃO MÉDICA | Div. da Antibiótico | Dose | Via | Frequência | Hora Início | Hora  |
|---------|-------------------|---------------------|------|-----|------------|-------------|-------|
| 01      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 02      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 03      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 04      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 05      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 06      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 07      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 08      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 09      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 10      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 11      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 12      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 13      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 14      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 15      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 16      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 17      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 18      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 19      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 20      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 21      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 22      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 23      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 24      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |
| 25      | Aspirina 100mg    |                     |      |     |            | 11:00       | 11:00 |

16 FEB 2012

Contudo por:

Recebido por:

Dr. Marcos Antônio de Souza  
 Coordenador Médico SACS-HUPT  
 Rua 9 11400 / 055 0546410300002

prescrever, observe a padronização de medicamentos.





# AVALIAÇÃO DE RISCOS

Nome: Marcos Antônio Marques de Paula  
Unidade: 2 Data: 10/08/16 RH: 2

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - PULSEIRA BRANCA ÚLCERA POR PRESSÃO- ESCALA DE BRADEN - PULSEIRA ROXA

|                           | 1   | 2   | 3  | 4   |
|---------------------------|---|---|--|---|
| 1) Percepção Sensorial    | <input type="checkbox"/> Completamente limitado   | <input type="checkbox"/> Muito limitado               | <input type="checkbox"/> Levemente Limitado                  | <input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma limitação   |
| 3) Umidade                | <input type="checkbox"/> Consistentemente úmido   | <input type="checkbox"/> Muito úmido                  | <input type="checkbox"/> Ocasionalmente Úmido                | <input type="checkbox"/> Raramente úmido  |
| 2) Atividade Física       | <input type="checkbox"/> Acamado  | <input type="checkbox"/> Restrito à cadeira           | <input checked="" type="checkbox"/> Caminha ocasionalmente   | <input type="checkbox"/> Caminha frequentemente   |
| 2) Mobilidade             | <input type="checkbox"/> Completamente imobilizado  | <input type="checkbox"/> Muito limitado               | <input checked="" type="checkbox"/> Levemente Limitado       | <input type="checkbox"/> Nenhuma Limitação  |
| 3) Nutrição               | <input type="checkbox"/> Muito Pobre  | <input type="checkbox"/> Provavelmente inadequado     | <input checked="" type="checkbox"/> Adequado                 | <input type="checkbox"/> Excelente  |
| 3) Fricção e Cisalhamento | <input type="checkbox"/> Problema   | <input type="checkbox"/> Potencialmente para problema | <input checked="" type="checkbox"/> Nenhum Problema aparente |   |
| Total de Pontos:          | Classificação   |   |  | <input type="checkbox"/> Risco de Úlcera por Pressão em: <u>10/08/16</u><br>Horário: <u>2</u> |
| <u>19</u>                 | <p>≤ 9 pontos = Risco Muito Elevado<br/>10 a 12 pontos = Risco Alto<br/>13 a 14 pontos = Risco Moderado</p> |   |  | <p>15-13 pontos = Risco Baixo<br/>19-23 pontos = Sem risco</p>                                |

| CONDUZAS PREVENTIVAS DE ENFERMAGEM  |   |  |
|---|---|--|
| RISCO MUITO ELEVADO E ALTO RISCO  | RISCO MODERADO  | BAIXO RISCO  |
| Relógio de mudança de decúbito 1/1h<br>Mudança de decúbito 1/1h<br>Hidratação da pele com AGE<br>Colchão Piramidal<br>Proteção de proeminências ósseas com filme transparente<br>Solicitar avaliação nutricional<br>Hidratação via oral<br>Uso de coxins e bota de alívio<br>Massagem de conforto a cada 8h | Relógio de mudança de decúbito 2/2h<br>Mudança de decúbito 2/2h<br>Hidratação da pele com AGE<br>Colchão Piramidal<br>Proteção de proeminências ósseas com filme transparente<br>Solicitar avaliação nutricional<br>Hidratação via oral<br>Uso de coxins e bota de alívio<br>Massagem de conforto a cada 8h | Relógio de mudança de decúbito 3/3h<br>Mudança de decúbito 3/3h<br>Hidratação da pele com AGE<br>Colchão Piramidal<br>Proteção de proeminências ósseas com filme transparente<br>Estimular hidratação VO e alimentação<br>Massagem de conforto a cada 8h |

| QUEDA - PULSEIRA LARANJA   |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Idade < 5 ou > 65 anos<br><input type="checkbox"/> Agitado ou Confuso<br><input type="checkbox"/> Pacientes psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Com déficit sensitivo e/ou motor<br><input type="checkbox"/> Com dificuldade de marcha<br><input type="checkbox"/> Puérperas pós parto<br><input type="checkbox"/> Com distúrbio neurológico<br><input type="checkbox"/> Fazendo uso de sedativos<br><input type="checkbox"/> POI de cirurgias eletivas<br><input type="checkbox"/> Uso de Maca | <input type="checkbox"/> Risco de Queda em: <u>1/1</u><br>Horário: <u>2</u> |

Grades elevadas para pacientes acima de 65 anos e menor que 5 anos  
Pacientes confusos e agitados: Contenção mecânica, Grades elevadas e Estimular acompanhante familiar  
No pronto atendimento, pacientes confusos e agitados: colocar a maca no chão e realizar contenção mecânica

| FLEBITE - PULSEIRA AMARELA  |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Idade > 65 anos<br><input type="checkbox"/> Múltiplas punções periféricas<br><input type="checkbox"/> Infusão EV > 90 ml/h<br><input type="checkbox"/> Fragilidade Capilar<br><input type="checkbox"/> Esclerose venosa grave<br><input type="checkbox"/> Drogas com pH < 6 ou > 8 | <input type="checkbox"/> Riscos de infecção sistêmica<br><input type="checkbox"/> Dificuldade de imobilização do cateter/membro<br><input type="checkbox"/> Inserção de CVP em situação de emergência<br><input type="checkbox"/> Infusão de solução hipertônica<br><input type="checkbox"/> Infusão de KCl > 20 mEq/h ou 200 mEq em 24h<br><input type="checkbox"/> Punção periférica anterior no mesmo local | <input type="checkbox"/> Risco de Flebite em: <u>1/1</u><br>Horário: <u>2</u> |

Seguir rigorosamente o tempo determinado de infusão dos medicamentos  
Troca de curativo do acesso a cada 24 horas e/ou se apresentar sujidade  
Fazer uso de proteção com plástico envoltivo por fita adesiva na hora do banho  
Trocar acesso venoso a cada 72 horas, ou em caso de indicação clínica (sinais de infecção)  
Monitorar técnicas assépticas sempre que for manipular o cateter  
Retirar o acesso se queixa álgica no local ou sinais de infecção  
Identificar o curativo do acesso venoso com data de punção, data da troca e assinatura legível  
Higienizar as mãos para qualquer contato com o cateter  
Assinatura e Carimbo do Enfermeiro responsável pelo atendimento.

**Cópia Autenticada**  
Prefeitura Municipal de São Carlos  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence  
16 FEB 2017  
Dr. Marcos Antônio Marques de Paula  
Coordenador de Enfermagem - HAUCE  
CRM-SP 14135 / CBO 3020402020





# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

CRM:

Nome:

- ① Paciente em D.H. 70h histórico de placas de urse
- ② Realizada a anti-MMA + colocação da canção fixa e parafusos e parafusos
- ③ Insuficiência vascular do punho e dedos
- ④ Realizada a osteotomia do rádio distal, removida a deformidade e fixação com placa "T" 3x3 com 3 parafusos + 2 fios K para estabilização do rádio.
- ⑤ Realizada a escopis. Boa redução e alinhamento!
- ⑥ Incisão dorsal e osteotomia do rádio distal
- ⑦ Sutura por planos
- ⑧ Anestesiologia dos membros de todos os dedos da mão ⑨
- ⑩ Sutura por planos
- ⑪ Curativos e talc antisséptico e talc
- ⑫ RLA 1



Cópia Autenticada  
Prefeitura Municipal de São José  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José C. Pereira  
16 FEB 2017  
Dr. Marcos Antônio Xavier  
Coordenador Médico Saúde Bucal  
CRM 91178 / OS 000000000

Assinatura / Carimbo







Preço do alimento: 1355

Eseata de dort

|      |      |
|------|------|
| Date | 13/5 |
| Note | 18   |

Dispositivos Utilizados na RA

( ) Carter de O?

7. *Micro-organisms*

Espectro de pulso

1. *Chlorophylls* formed

Curios

| Índice de Avaliação Postural (0 - 12 anos) Passado em Estudo |       |   |    |    |    |    | Observações |
|--|-------|---|----|----|----|----|-------------|
| Parâmetros/Min   | Hqz   | 0 | 15 | 30 | 60 | 90 |             |
|  | Valor |   |    |    |    |    |             |
| Vião áreas   | 2     |   |    |    |    |    |             |
| Tosse ou choro   | 1     |   |    |    |    |    |             |
| Respira facilmente   | 0     |   |    |    |    |    |             |
| Requer manutenção  |       |   |    |    |    |    |             |
| Consciência  | 2     |   |    |    |    |    |             |
| Deserto  | 1     |   |    |    |    |    |             |
| Responde a estímulos verbais ou táteis                       | 0     |   |    |    |    |    |             |
| Não responde   |       |   |    |    |    |    |             |
| Movimentação   | 2     |   |    |    |    |    |             |
| Movimenta os membros intencionalmente                        | 1     |   |    |    |    |    |             |
| Movimentos não intencionais                                  | 0     |   |    |    |    |    |             |
| Não se movimenta   |       |   |    |    |    |    |             |
| Total:   |       |   |    |    |    |    |             |

NOME E COREN - CARIMBO

| Índice de Aldrete Kroulik  | Hora   | 13:55 | 14:10 | 14:30 | 14:45 | 15:00 | 15:15 | 15:30 |
|--|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Parâmetros vitais  | Pontos | 0     | 15    | 30    | 45    | 60    | 75    | 90    |
| Atividade motora   |        | 2     |       |       |       |       |       |       |
| Capaz de mover os 4 membros  |        | 1     | 1     | 1     | 2     |       |       |       |
| Capaz de mover os 2 membros  |        | 0     |       |       |       |       |       |       |
| Incapaz de mover os membros  |        |       |       |       |       |       |       |       |
| Respiração:  |        | 2     | 2     | 2     | 2     | 2     |       |       |
| Respira profundamente ou tosse livremente                              |        | 1     |       |       |       |       |       |       |
| Dispneia ou limitação respiratória                                     |        | 0     |       |       |       |       |       |       |
| Apnéia   |        |       |       |       |       |       |       |       |
| Circulação:  |        | 2     | 2     | 2     | 2     | 2     |       |       |
| PA +/- 20% menor que no pré-anestesia                                  |        | 1     |       |       |       |       |       |       |
| PA +/- 20% a 49% no pré-anestesia                                      |        | 0     |       |       |       |       |       |       |
| PA +/- 50% do pré-anestésico   |        |       |       |       |       |       |       |       |
| Nível de consciência:  |        | 2     | 2     | 2     | 2     | 2     |       |       |
| Desperto totalmente  |        | 1     |       |       |       |       |       |       |
| Desperto ao chamado  |        | 0     |       |       |       |       |       |       |
| Não responde   |        |       |       |       |       |       |       |       |
| Saturação de oxigênio:   |        | 2     | 2     | 2     | 2     | 2     |       |       |
| Maior que 92% em ar ambiente   |        | 1     |       |       |       |       |       |       |
| Necessita de O <sub>2</sub> para saturação maior que 90%               |        | 0     |       |       |       |       |       |       |
| Menor que 90% com O <sub>2</sub> suplementar                           |        |       |       |       |       |       |       |       |
| IAK - TOTAL Obs.: 9 ou mais pontos oferecem segurança para alta da RPA |        |       |       |       |       |       |       |       |

NOME E COGNOME - CARINBO

[illegible]

### Avaliação de Enfermagem:

[illegible]

Prescrição Médica (Anestesiologista):

16 Dec 1961

#### Cardiologists' Response

Módulo de arte de F...

© 2000 Blackwell Science Ltd

Engelhardt, J. 1973.

( ) Drenage

1. Clinica

SYND

4. 15NG

Outrigger

0.0000

Entfernung:



| Hora | PA          | FC     | FR     | Saturação | T°  | Dextro s/n |
|------|-------------|--------|--------|-----------|-----|------------|
| 2:20 | 124/79 mmHg | 78 bpm | 19 rpm | 98 %      | — ° | — mg/dl    |

Admissão no S.O. 12:20 Início da Anestesia: 12:30 Início da cirurgia: 12:50  
Término da Anestesia: 13:50 Término da cirurgia: 13:40

Cateterismo vesical: ( ) sim ☒ não Sonda Foley nº \_\_\_\_\_ Realizado por: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

Anotação de Enfermagem:

Aldomirale em SO, acidentalmente respondendo a solicitação, comissão percursora do com  
hora anticlinal e D com plio + 20 + 21 SO mil + qualque bloques plio e bloques de  
Epilide Comelior Valherum intrinsecas polionada campon latens, isol  
de sites suaves, mis de pichamento um interconexões 13:05 como plantas  
para a formação da Elipse. Equivale 13:30 Termino da Causa  
e retirada garito 13:50 Termino da antea. 13:5 Ena-  
mentado para RPD, mantendo Cuatilis + Tala gorda  
MSR limpo e nro, Agem montizado e elos ciadada P.

Assi

Assinatura e Carimbo

### Posicionamento do Paciente

☒ Dorsal    ☐ Lateral D    ☐ Trendelenburg    ☐ Ventral    ☐ Fowler    ☐ Semi Fowler    ☐ Lateral E

☐ Prone    ☐ Litotomia    ☐ Coxim    Local do coxim: \_\_\_\_\_

Contagem Instrumental : Quantidade Inicial conforme C.A.R. Quantidade Final conforme C.A.R.

## DISPOSITIVO UTILIZADO:

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acesso Venoso Central                          | <input type="checkbox"/> Colchão térmico      | <input checked="" type="checkbox"/> Manguto PANI      | <input type="checkbox"/> Placa neutra  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso Periférico <u>HEP</u> | <input type="checkbox"/> Drenos               | <input type="checkbox"/> Manta térmica                | <input type="checkbox"/> Traqueostomia |
| <input type="checkbox"/> Acesso Arterial                                | <input checked="" type="checkbox"/> Eletrodos | <input type="checkbox"/> Máscara laríngea             | <input type="checkbox"/> Sondas        |
| <input type="checkbox"/> Colchete de Oxigênio                           | <input type="checkbox"/> Intubação            | <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | <input type="checkbox"/> Outros        |

Plac de Bisturi



(verificar condições de pele, posicionar placa e haste proximal do local cirúrgico em área muscular, superfície seca distantes de qualquer material metálico (segundo protocolo)

☒ Garrote Pneumático Início

Oxímetro: ▲

☒ Smarch Inicio: 1230 h. Fin: 1336 h.

|                |                               |           |
|----------------|-------------------------------|-----------|
| Hemoderivados. | Concentrado de Hemoderivados. | Plaquetas |
|----------------|-------------------------------|-----------|

|             |  |  |
|-------------|--|--|
| Degermação: | <input type="checkbox"/> PVPI Degermante | <input checked="" type="checkbox"/> Cloroxidina Degermante |
|-------------|--|--|

Antissepsia: ☐ PVPI Tópico ☐ PVPI tintura ☐ Cloroxidina aquoso ☒ Clorexidina alcoólico

### CONTROLE DE COMPRESSAS E AGULHAS

|            |             |             |
|------------|-------------|-------------|
| Compressas | Fornecidas: | Recolhidas: |
| Análises   | Fornecidas: | Recolhidas: |

#### CHECK LIST na Sala Cirúrgica

|  |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|
| Utilização material de OPME ( empresa )                                | Sim | Não | Sim | Não |
| Posicionamento correto do paciente                                     | Sim | Não | Sim | Não |
| Colocado placa de bisturi corretamente                                 | Sim | Não | Sim | Não |
| Houve algum problema com os equipamentos que deva ser resolvido? Qual? | Sim | Não | Sim | Não |
| Confirmado colocação de protetores obrigatórios no paciente            | Sim | Não | Sim | Não |
| Confirmado antibiótico profilático                                     | Sim | Não | Sim | Não |

Biopsias identificadas: S M Quantidade: 0

|  |                              |                              |  |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| Realizado conferência e cartão reposição do material consignado? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não se aplica |
|--|------------------------------|------------------------------|--|

Cirurgia realizada: Curetagem de retenção de placenta e membranas





## COREN:



Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence

SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

## TERMO DE CIÊNCIA, CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO E CIRURGIAS

Consentimento informado - Norma técnica resolução SS-169 de 19/06/96.

Autorizo o Dr(a) Leis Nery e equipe de Anestesia a realizarem o seguinte procedimento: Coronária

Segundo um Ponto (E)  
Os doutores acima mencionados explicaram-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a que serei submetido, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo qualquer outro procedimento ou tratamento, incluindo transfusão de sangue, situações imprevistas que possam ocorrer e/ou necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: Marcos Antônio Xavier

☒ Paciente ☐ Responsável

### Preenchido pelos Médicos:

Explicamos detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável o procedimento, seus riscos e alternativas terapêuticas possíveis. Foram respondidas satisfatoriamente todas as perguntas, e acredito que o paciente / responsável compreendeu tudo que explicamos. Assumimos a responsabilidade pela realização do procedimento a que será submetido o(a) Sr(a): Marcos Antônio Xavier - São Paulo

Nome: \_\_\_\_\_

São José dos Campos 23 / 07 / 11





HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ D  
RH: 0000570240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
MAE: ANTONIA JOSE DE PAULA  
DT. NASC.: 23/07/1973 SEXO : M IMP.: 10/08/2016 20:18

403  
INFERMAGEM

Nome: \_\_\_\_\_ RH: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nº de Filhos: \_\_\_\_\_  
Religião: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_  
Data: 10/08/16 Clínica: IV Leito: 403

| HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL                          | LISTA DE PROBLEMAS  |                     |                      |
|---|---|---------------------|----------------------|
|   | PROBLEMAS IDENTIFICADOS   | INÍCIO DA ABORDAGEM | TÉRMINO DA ABORDAGEM |
| DO CORAÇÃO<br>arterial<br>hipertensão               | - Risco de<br>infecção<br><br>Inabilidade<br>física para<br>muito |                     |                      |
| ANTECEDENTES PESSOAIS                               |   |                     |                      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                   |   |                     |                      |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatias               |   |                     |                      |
| <input type="checkbox"/> Doenças Infecto Contagiosa |   |                     |                      |
| <input type="checkbox"/> Outras doenças             |   |                     |                      |
| <input type="checkbox"/> Tabagismo                  |   |                     |                      |
| <input type="checkbox"/> Etilismo                   |   |                     |                      |
| <input type="checkbox"/> Drogas                     |   |                     |                      |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Anterior          |   |                     |                      |
| <input type="checkbox"/> Alergia                    |   |                     |                      |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes Familiares    |   |                     |                      |
| MEDICAÇÃO EM USO:                                   |   |                     |                      |
| OUTRAS INFORMAÇÕES:                                 |   |                     |                      |

Cópia Autenticada  
Presidência Municipal de São Carlos  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence

16 FEB 2017

Dr. Marcos Antônio Xavier  
Coordenador Médico Saúde - FAMICT  
CRM 12.11003 / 120.20044-000000



HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ CARVALHO DE FLORENCE  
SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



**Ambulatório**  
**ORIENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

- NOME DO PACIENTE: Manoel Antônio Marques da Paiva
- DATA DA CIRURGIA: 10/08/16
- INTERNAR ÀS 09:00 HORAS DO DIA 10/08/16
- TIPO DE CIRURGIA: Cistodex + Salve Lapomy
- JEJUM A PARTIR DAS 00:00 DA VESPERA DA CIRURGIA DO DIA 09/08/16
- **PROCURAR O SETOR DE INTERNAÇÃO NA RECEPCÃO PRINCIPAL DO HOSPITAL MUNICIPAL**
- **VIR ACOMPANHADO PARA A INTERNAÇÃO** (por acompanhante maior de idade que deverá trazer documento original com foto). **Menores de idade vir acompanhado dos pais ou responsável legal**
- PACIENTES COM DIREITO ACOMPANHANTE NO QUARTO: MENORES DE 18 ANOS, **MAIORES DE 60 ANOS E PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.**
- **TRAZER TODOS OS EXAMES, CARTÃO SUS E DOCUMENTO ORIGINAL (RG, CNH, Certidão de nascimento)**
- Trazer PARA USO DE HIGIENE PESSOAL (ESCOVA DE DENTE, PENTE, SANDÁLIA, ETC.)
- PIJAMA, CAMISOLA E TOALHA DE BANHO É OPCIONAL, A TOALHA DE BANHO DEVERÁ SER COLORIDA.
- NO DIA ANTERIOR À CIRURGIA TOMAR BANHO E LAVAR O CABELO. NO DIA DA CIRURGIA TOMAR BANHO E NÃO MOLHAR O CABELO, NÃO UTILIZAR CREMES, DESODORANTE NEM MAQUIAGEM.
- **NÃO TRAZER PARA O HOSPITAL OBJETOS DE METAL COMO: RELÓGIO, CORRENTES, PULSEIRAS, BRINCOS, ANEIS, CELULARES, ÓCULOS, ETC.**
- RETIRAR PRÓTESE DENTÁRIA ANTES DE IR PARA O CENTRO CIRÚRGICO.
- **NÃO UTILIZAR ESMALTE COLORIDO, CASO QUEIRA APENAS UMA BASE.**
- RETIRADA DE PELOS SERÁ REALIZADA NO HOSPITAL, SE PREFERIR DEPILAÇÃO DEVERÁ SER REALIZADO 03 DIAS ANTES DA CIRURGIA.
- É PROIBIDO TRAZER ALIMENTOS PARA O HOSPITAL.
- CASO UTILIZE APLIQUE CAPILAR SINTÉTICO OU NATURAL (CANECALON, MEGA HAIR, ETC) RETIRAR ANTES DA DATA DE INTERNAÇÃO.
- CASO HAJA DESISTÊNCIA DA CIRURGIA POR PARTE DO PACIENTE FAVOR NOS INFORMAR ALGUNS DIAS ANTES (PESSOALMENTE)

**Cópia Autenticada**  
Hospitais Municipais de São Paulo  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal de São Carlos  
16 FEB 2017  
Dr. Marcos Andrade Xavier  
Coordenador Médico SMH-HMCF  
08-92 14781 / 08-284441135002



HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D.  
R. SAIGIRO NAKAMURA, 800 - São José dos Campos

Internaç  
10/08

## FICHA DE INTERNAÇÃO-SUS

Número do Atendimento: 1608015004



NOME.....: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

RH: 0000570240

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que sou responsável pelo paciente e que tomo ciência do regulamento do hospital.

São José dos Campos, 10 de Agosto 2016

ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA  
RG : 23447300-9

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO - I

Autorizo o corpo clínico do HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D a relizar exames, procedimentos e tratamentos médicos que forem julgados necessários ou prudentes, inclusive cirurgias, anestesia, transfusões de sangue, bem como eventual necrópsia.

São José dos Campos, 10 de Agosto 2016

ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA  
RG : 23447300-9

**Cópia Autenticada**  
Prefeitura Municipal de São José dos Campos  
Secretaria Municipal de Saúde  
Hospital Municipal Dr. José C. Pereira  
6 FEV 2017  
Dr. Marcos Andrade Xavier  
Coordenador Médico SAÚDE-HIA  
CRM SP 111783 / OAB SP 204464

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO - II

- ☐ Autorizo, após alta, o paciente a sair desacompanhado, desde que não haja impedimento médico legal.
- ☐ Não autorizo o paciente sair desacompanhado e comprometo-me a retirá-lo no prazo de 24 horas, após o qual o paciente fica autorizado a sair desacompanhado.

Em se tratando de menor ou incapaz, estou ciente que o HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D através de medidas legais, fará o encaminhamento do mesmo caso não seja retirado após sua alta.

Por estar ciente e de acordo com os termos acima, firmo de livre e espontânea vontade o presente compromisso.

São José dos Campos, 10 de Agosto 2016

Responsável: ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA

Documento: RG : 23447300-9

Funcionário: 5405402 -CLEISULA APARECIDA DIAS CHAVES

**ATURADO**





HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D  
R. SAIGIRO NAKAMURA, 800 São José dos Campos

Internação  
10/08/2016 09:43

## FICHA DE INTERNAÇÃO-SUS

### Dados da Internação

Número do Atendimento: 1608015004

Nº Atendimento Tasy: 0

Unidade Hospital: INTERNACAO

Leito Internação: 408

Especialidade: ORTOPEDIA

Médico Solicitante: 114783 - MARCOS ANDRADE

CCusto Solicitante: PS ATENDIMENTO ADULTO

Tipo Internação: ELETIVA

Diag. Entrada (CID): S62.8 - FRAT DE OUTR PARTES E DE PARTES NE PUNHO MA

Hip. Diagnóstica: FRAT DE OUTR PARTES E DE PARTE

Categoria: SUS

Cod. Barras Nº Atend. Vector



1608015004

Cod. Barras Nº Atend. Tasy



0

Unidade Internação: CLINICA CIRURGICA IV

Data Internação: 10/08/2016 09:36

C.N.S. 204464410360002

Tipo Tratamento: CIRURGICO

Origem Paciente: PRONTO SOCORRO

### Identificação do Paciente

NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

RH: 0000570240

Data de Nascimento: 23/07/1973

Sexo: M

C.N.S.

898004283897797

Cor: PARDA

Idade: 43

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Natural de: 230410-CRATEUS

Nacionalidade: BRASILEIRA

Grau de Instrução: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Religião: CATOLICA

Profissão: 33175-ENCARREGADO DE PAGAMENTO

Conjuge:

Filiação: Pai: ANTONIO MARQUES DE PAULA Mãe: ANTONIA JOSE DE PAULA

C.P.F.: 54000653334

R.G.: 34.213.211-8 - SSP/CE 28/03/2014

Endereço: R DIAMANTINA, 490

Ponto de Referência:

FONE: (129) 8820-2039

Código-Bairro: 0000 - JARDIM ISMÊNIA

CEP: 12220-669

Código-Cidade: 354990 - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Estado: SP

### Dados do Responsável pela internação

Nome: ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA

Sexo: FEMININO

Cor: BRANCA

Est. Civil: SOLTEIRO

Nacionalidade: BRASILEIRA

Profissão: VENDEADOR DE COMERCIO ATACADISTA

Telefone: () -

Documento: RG: 23447300-9

Residência: O MESMO,

CEP: -

Bairro:

Cidade:

Estado:

### Observações

SUS 898004283897797 CRA 950106

Saída: 15/08/16

Condições: ( ) Alta ( ) Óbito ( ) Transferência

Atendimento 100% SUS - É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares de assistência devida ao paciente

Registrante: 5405402

Alterado por:

Assinatura do Responsável

FATURADO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3170559931

**Nome do(a) Examinado(a):** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA FREI VIDAL DA PENHA, 2327 -  
Crateús/CE - CEP 63700-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 342132118 - SSP - 26/03/2014

**Data e Local do Acidente :** 18/01/2016 - CRATEÚS - CE

**Data e Local do Exame :** 14/11/2018 RUA CEL LÚCIO, 221 - CRATEÚS/CE -  
CEP 63700-000

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

FRATURA DO 4º E DO 5º METACARPOS ESQUERDOS

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE NO PUNHO E NA MÃO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO. EVOLUIU COM INFECÇÃO E PSEUDOARTROSE, NECESSITANDO DE NOVAS CIRURGIAS. APRESENTA RESUMO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR DATADO DE 02/05/2018 DO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DS CAMPOS QUE REFERE DEFORMIDADE PÓS-TRAUMÁTICA DO 4º E 5º METACARPOS ESQUERDOS E RECEBE ALTA E SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE DO 4º E 5º METACARPOS. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM NOVEMBRO DE 2018.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

CICATRIZES CIRÚRGICAS NO PUNHO E NO DORSO DA MÃO ESQUERDA, DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM AFUNDAMENTO AO NÍVEL DO 4º E 5º METACARPOS, LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DE FLEXÃO DO 4º E 5º DEDOS, DEFORMIDADE NO 5º DEDO, LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO, ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO PUNHO ASSOCIADO A DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM ANTERIORIZAÇÃO DA ULNA, DIMINUIÇÃO MODERADA DA FORÇA DE PRENSÃO PALMAR E HIPOTROFIA MODERADA/GRAVE HIPOTENAR E LEVE TENAR.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

SEQUELA ANATÔMICA E FUNCIONAL MODERADA DA MÃO PELA DEFORMIDADE ESTRUTURAL, PELA DIMINUIÇÃO DA FORÇA E PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

MÃO ESQUERDA

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

REFERE TRAUMA NO OMBRO DIREITO, MAS NÃO APRESENTA DOC.



Dr. Greive Freitas Cavalcante  
- Médico - CRM 9050

---

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE



**SOLICITAÇÃO DE PEDIDO DE PERÍCIA ATRAVÉS DA  
SEGURADORA LÍDER, CONFORME CIRCULAR 099/2011.**

**À SEGURADORA LÍDER:**

VÍTIMA: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
TELEFONES: (88) 992232909 / (88) 998714005 SINISTRO: \_\_\_\_\_

**Obs.: Pedido de Perícia através da Seguradora Líder, conforme Circular 009/2011.**

Anexos:

I – BAM:

(    ) Sim        (    ) Não

II – Prontuário Médico:

(☒) Sim        (    ) Não

III – Declaração de Internação e Alta:

(☒) Sim        (    ) Não

IV – Certidão do Corpo de Bombeiros:

(    ) Sim        (    ) Não

18 OUT 2017

Informo a essa respeitada Empresa que sofri acidente de trânsito e adquiri debilidade permanente em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, motivo pelo qual, solicito a perícia médica de V. S<sup>a</sup>.

Esclareço que sou pessoa humilde e necessito da indenização.

Caso não seja realizada perícia, entrarei com reclamação junto a SUSEP e com Ação Judicial.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.

Marcos Antonio Marques do Paula  
Assinatura

Data: 09 / 08 / 2017



## **"DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA"**

**MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**, brasileiro, solteiro, afastado, portador da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8 e inscrito com CPF sob o nº 540006533-34, residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural Crateús, /CE CEP: 63700-000, **DECLARA** para os devidos fins de direito, nos termos do artigo 4.º da Lei 1060/50, e artigo 1.º da Lei 7115/83 que é pessoa reconhecidamente pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições de arcar com as custas, e despesas processuais, sem privar-se dos meios necessários à sua subsistência e de sua família.

Por ser expressão da verdade, firma a presente declaração, ciente de que sujeitar-se-á às sanções civis e criminais, em caso de falsidade.

**Crateús/CE, 16 de junho de 2017.**

*Marcos Antonio Marques de Paula*

**MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**



ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBERTON SAUT

752-6



COLEÇÃO



Marcio de Moraes Palhares

CARTÃO DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL

38.180.132-9

DATA DE EXPEDIÇÃO

05/JUN/2006

NOME

MARCIO DE MORAIS PALHARES

FILIAÇÃO

DANILO PALHARES DA COSTA

PAI

MARIA SOCORRO DE MORAIS PALHARES

NATURALIDADE

RIO DE JANEIRO - RJ

DATA DO NASCIMENTO

06/MAR/1980

LOCAL DE NASCIMENTO

RIO DE JANEIRO - RJ

SANTA CRUZ

DN: 1-03

/FLS. 150 / N. 001499

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

Lei Nº 7.116 DE 28/08/83



Autenticado, para os devidos efeitos, a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada. Dou fé.  
CRATELUS CE 26 JUN 2017  
Em Teste de Validade

ARTEIRO CAVALCANTE  
3º Ofício Registro de Imóveis  
Júlio Pinheiro Ferreira  
Escriturante Substituto

Proprietário da casa

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

MARCIO DE MORAIS PALHARES

MARCIO DE MORAIS PALHARES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 17/06/98

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome  
MARCIO DE MORAIS PALHARES

Nº de Inscrição  
289480388-50

Data de Nascimento  
06/03/80



Autenticado, para os devidos efeitos, a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado em Cartório pela parte interessada. Dou fé.  
CRATELUS CE 26 JUN 2017  
Em Teste de Validade

19 OUT 2017

ARTEIRO CAVALCANTE  
3º Ofício Registro de Imóveis  
Júlio Pinheiro Ferreira  
Escriturante Substituto

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCIO DEMORAIS PALHARES

RG nº 38.180.132-9 data de expedição 05/06/2006 Órgão SSP/RJ

CPF nº 189480388-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Frei Vidal da Penha</u>     |
| Número                            | <u>2327</u>                        |
| Apto / Complemento                | <u>cosc</u>                        |
| Bairro                            | <u>Ítalo I / Ponte Preta</u>       |
| Cidade                            | <u>Itaúna</u>                      |
| Estado                            | <u>MG</u>                          |
| CEP                               | <u>63700-000</u>                   |
| Telefone de Contato               |                                    |
| E-mail                            | <u>marcio.palhares@hotmail.com</u> |



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itaúna, 17 de agosto de 2017

Assinatura do Declarante: Marcio de Moraes Palhares

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 012991598370

VIA COO. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
PPT 01 00478004630 0000000000 2016

NOME  
MARCIO DE MORAIS PALHARES  
CRATEUS /CE

CPF / CNPJ PLACA  
28948038850 DIN2886/CE

PLACA ANT / UF CHASSI  
/CE 9C2KD0550CR304465

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOV.  
HONDA/NXR150 SROS ES. 2012 2012

CAP / POT / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2R/9CV/149CC PARTIC FRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
1ª 2ª 3ª

FAIXA IRVA. PARCELAVENTO / COTAS  
1ª 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA  
CRATEUS 10/08/2016

Igor Ponte  
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DO POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012991598370 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2016 10/08/2016

VIA CPF / CNPJ PLACA  
01 28948038850 DIN2886

RENAVAM MARCA / MODELO  
00478004630 HONDA/NXR150 SROS ES

ANO FAB. CAL. ANO Nº CHASSI  
2012 / 09 9C2KD0550CR304465

PRÊMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
129,04 14,34 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)  
4,15 1,11 290,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO 05/08/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: KD05E50304465 04676



Escritório Substituto  
Junior Almeida Cavalcante  
39 OAB/CE  
Escritório de Imóveis  
Douglas Cavalcante  
26 OAB/CE  
Escritório de Veículos  
Em Teste  
26 JUN 2017  
Escritório de Veículos  
Douglas Cavalcante  
26 OAB/CE  
Escritório de Veículos  
Douglas Cavalcante  
26 OAB/CE



19 OUT 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
CORPO DE POLÍCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CORPO DE POLÍCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

NOME: ANDRÉZA MARIA ALMEIDA MELO DA MATA

DOC IDENTIFIC: 200205154750 SSP

CPF: 600.189.963-02 DATA NASCIMENTO: 29/09/1987

FUNÇÃO: EDVALDO MARTINS DA MATA  
MARTA DULCINEIDE  
ALMEIDA MELO DA MATA

PERFIL: ACC CATIA

DATA EMISSÃO: 10/02/2007

SEN OBSERVAÇÃO:

Assinatura: *Andréza Maria Almeida Melo da Mata*

DATA EMISSÃO: 17/10/2012

96913569024  
CE132753091

PROTEÇÃO PLÁSTICA 631258165

SABEM SEGURANÇA

19 OUT 2017

RECEBIDO



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **600.189.963-02**

Nome: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

Data de Nascimento: **20/09/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/04/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:16:52** do dia **28/08/2017** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **D2C4.D7EB.BE11.F94A**



15 JUL 2017

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

2001.02

**VÁLDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

26/MAR/2001

ANTONIO MARQUES DE PAULA

**E ANTONIA JOSE DE PAULA**

2009年12月1日

23 JUL 1975

CRATED - CE

**POTI**

CM:LV.A006/FLS.024C/N.009013

1-800-6533/34

RESERVATION OF RIGHTS

$$h_{\text{eff}} = \frac{h}{2\pi} \left( \frac{2\pi}{h} \right) = \frac{h}{2\pi} \cdot 2\pi = h$$

# NOTHING BUT THE BEST



2-1683

WEDNESDAY, JANUARY 23, 1980



\*0012\*

Documento de identidade

|                                      |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |                                 |
| CPF                                  | 34.213.211-8                    |
| DATA DE EMISSÃO                      | 26/MAR/2014                     |
| NOME                                 | MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA |
| FILHO DE                             | ANTONIO MARQUES DE PAULA        |
| E                                    | ANTONIA JOSE DE PAULA           |
| LOCALIDADE                           | CRATEUS - CE                    |
| DATA DE NASCIMENTO                   | 23/JUL/1973                     |
| LOCALIDADE                           | CRATEUS - CE                    |
| POTI                                 |                                 |
| CN:LV                                | A006/FLS.0240/N.009013          |
| 540006533/34                         |                                 |
| LEI Nº 7.116 DE 29/08/83             |                                 |

SABEM SEGURADORA S/A

19 OUT 2017

RECEBIDO

014/PA56

|  |  |
|--|--|
| CARTEIRA DE IDENTIDADE                                 |  |
| ASSINATURA DO TITULAR                                  |  |
| PROIBIDO PLASTIFICAR                                   |  |
|  |  |
| INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICHARDO GUIMARÃES DA SILVA |  |
| SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA                        |  |
| ESTADO DE SÃO PAULO                                    |  |
| 8400-9   |  |
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                         |  |





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **540.006.533-34**

Nome: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

Data de Nascimento: **23/07/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/11/1992**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:06:02** do dia **28/08/2017** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **AED6.8532.E81A.E688**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

28/08/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcos de Moraes Palhares

RG nº 38.380.132-9, data de expedição 09/06/2006

Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 239.480.338-50, com domicílio na cidade de Cratêus, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Frei Vidal da Penha, nº 2327,

complemento São José, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Marcos Antônio Marques de F. Filho o condutor era

Carlos Alberto Nunes Moraes

Veículo: MOTOCICLETA / GASOLINA

Modelo: BMW / NX 250 ES

Ano: 2012

Placa: CIN 2836

Chassi: 9C2KD055002304465

Data do Acidente: 18/01/2016

Local e Data: \_\_\_\_\_

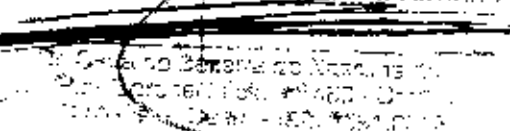
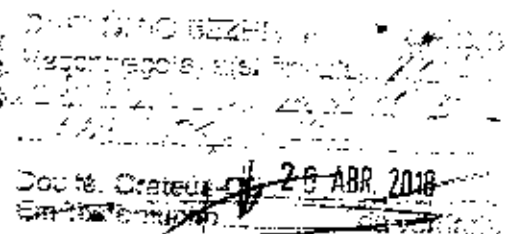
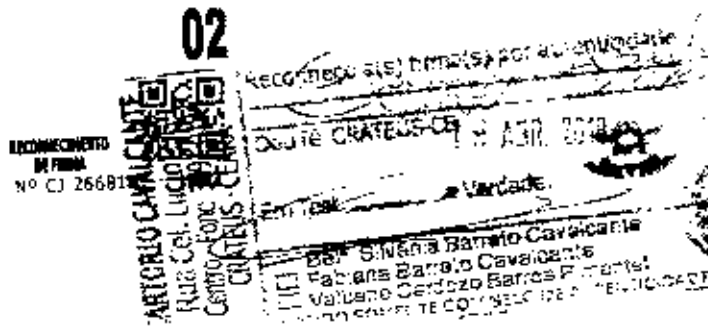
02 0037

Marcos de Moraes Palhares

Assinatura do Declarante

Carlos Alberto Nunes Moraes

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANDREZZA M. ALMEIDA MELO DA MAIA, portador(a) do

RG nº 200.200.516.476-9, expedido por SSP/CE, em

17/10/12, CPF/CNPJ nº 600.189.963-02

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARCOS ANTONIO

MARQUES DE PAULA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDES

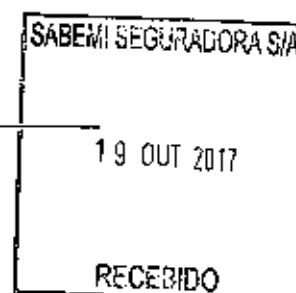
da vítima MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUZO Renda Mensal: R\$ RECUZO

Documentos comprobatórios: RECUZO

x Andrezza M. Almeida Melo da Maia  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCIO DE MORAIS PALHARES

RG nº 38.180.132-9, data de expedição 05/06/2006

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 289.480.388-50 com

domicílio na cidade de CRATEÚS, no Estado de

CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA FREI VIDAL DA PENHA, PONTE PRETA, nº 2327,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima MARCOS ANT<sup>o</sup> MARQUES PAULA cujo o condutor era

Veículo: Honda

Modelo: Honda / NXR150 BROS-ES

Ano: 01/2886 / CE

Placa: 2012

Chassi: 9C2KD0550CR304465

Data do Acidente:

Local e Data: 18/01/2007 batuíns/ce 20/09/2017.



Marcio de Moraes Palhares

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



CARTÓRIO BEZERRA - 1º. OFÍCIO

Reconheço(a) a(s) firma(s) SILVIA

DE: MARCIO DE MORAIS PALHARES

Dou fé, Crateús - CE, 20 SET. 2017

Em Testemunho \_\_\_\_\_ da verdade

Dr. Osvaldo Bezerra do Nascimento Jr.  
Rua Coronel Lúcio, nº 486 - Centro  
Crateús - Ceará - (88) 3691-0013

