



**Poder Judiciário**  
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA


[Identificar-se](#)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento Eletrônico de 1º Grau >  
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.

### Petionante

**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.

<b>Petição*</b>	: 2734604_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
<b>Documentação</b>	: 2734604_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-13.pdf
<b>Documentação</b>	: 2734604_CONTESTACAO_Anexo_02 - 14-30.pdf
<b>Documentação</b>	: 2734604_CONTESTACAO_Anexo_02 - 31-38.pdf
<b>Documentação</b>	: 2734604_CONTESTACAO_Anexo_02 - 39-47.pdf
<b>Documentação</b>	: 2734604_CONTESTACAO_Anexo_02 - 48-56.pdf
<b>Documentação</b>	: 2734604_CONTESTACAO_Anexo_02 - 57-71.pdf
<b>Documentação</b>	: 2734604_CONTESTACAO_Anexo_02 - 72-77.pdf
<b>Documentação</b>	: 3SUBSTABELECIMENTO - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 3-4.pdf
<b>Documentação</b>	: ATOS_CONSTITUTIVOS_LIDER - 5.pdf
<b>Documentação</b>	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 1-2.pdf
<b>Documentação</b>	: PROCURAÇÃO_ATOS_SUBS_2016 LIDER1-ilovepdf-compressed - 3-4.pdf
<b>Documentação</b>	: 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 1<sup>a</sup> 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 SÍNTSE 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 nexo causal do sinistro noticiado com a alegada invalidez.

Cumpre 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 descharacteriza 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, descharacteriza 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 pare 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 inexiste 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>SEGURÓ 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 incontrovertido 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 desconstituir-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 víncio 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 ressalvar 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 deve 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 deslindem 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 e 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 INDINIZAÇÃO 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 Excelênciassim 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 expresso 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 graduação (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 GRAADAÇÃO**

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
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					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 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; **JOSELAINA 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 nº 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

JOSELAINA 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."*

SABEMI SEGURADORA S/A
19 OUT 2017
RECEBIDO

Crateús-CE, 16 de junho de 2017.

Marcos Antônio Marques de Paula

**MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

SABEMI SEGURADORA S/A

19 OUT 2017

RECEBIDO

<b>SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL - BPA</b>		<b>CONTA D'AGUA</b>						
AV. SARGENTO HERMINIO, 1452 - SAO VICENTE		FOLHA: 1/1						
CRATEUS - CE - CEP: 63.700-000		CNPJ: 35.045.529/0001-28						
P.J.: 04.805.566/0001-41 - Fone: (88) 3691-0506		EMISSAO: MES/FAT.						
ASSOC. COM. DE PEO: PRODUTORES RURAIS DE QUIRINO		0023177.4						
INSCRIÇÃO: CLS: TAR: ECONOMIAS		NF/CONTA: 00095361						
0023177.4 PAR: RES: COM: IND: PUB: OUT:		15/05/17 MAI/2017						
ANTONIO MARQUES DE PAULA								
QUIRINO		LOCALIZAÇÃO: CEP: 63.700-000						
QUIRINO		00.16.16.0000000000						
CRATEUS		CEARA						
ENDERECO DE ENTREGA:		LOCALIZAÇÃO:						
<b>ULTIMOS CONSUMOS:</b>		<b>SERVICOS E TARIFAS:</b>						
MES	FAT	CONS.	OCA	DC	CÓD.	DESCRICAO	PREST.	VALOR
MAI/17	27	000	30		001	AGUAS		417,45
ABR/17	18	000	031		016	Multa por Atraso - 02/2017		0,44
MAR/17	04	000	028	4	017	Encargos (02/2017) 54 dias		0,54
FEV/17	11	000	031		029	OPERADOR		4,00
JAN/17	04	000	031		030	ENERGIA		5,75
DEZ/16	09	000	030	9	031	TR. ADMINISTRATIVA		3,00
NOV/16	06	000	031	6				
MÉDIA: 00008								
<b>HIDROMETRIA:</b>								
HIDROMETRO: INSTALAÇÃO: LEIT. ANT: DT. LEITURA: LEIT. ATUAL: DT. LEITURA: CONSUMO: DIAS CONSUMO: OCA: LEITURISTA: A156194131; 20/10/15X 0096 01/06/17 0223 01/05/17 0027 30 000 000								
<b>PARAMETROS DA AGUA E GASES:</b>								
Portaria 2.814 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos								
Residual: Período:								
Parametros: Cor pH Cloro TURBIDEZ Fumar Col. Tóxica								
Padão: 60-150 6,0-8,5 0,0 mg/l 0,0 NTU 0,0 mg/l Ausente								
Unidades: Cítricos								
Outras Análises:								
<b>AGUA: NECESSARIA PARA GARANTIR A VIDA, USE COM CONSCIENCIA.</b>								
MULTA	ENCARGOS DIARIOS	MESES EM DÉBITO	VENCIMENTO	VALOR R\$				
29	15,10	0,0338	0,02 MAR/2017 ABR/2017	55,18				
CONSUMIDOR								

2747391-0

Para aplicar seu excludente, utilize o código  
tempo que entrar em contato conosco.

Este documento é de propriedade da  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdomiro, 180  
CEP 60135-020 | Fortaleza/CE  
CNPJ 07.067.267/0001-70 | CGF 06.105.8688

ene

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE 8-4 | Nº 490166334

Referência: 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 Apresentação] | Previsão P/ Próxima Leitura

Ago/2017 | 22/08/2017 | 21/09/2017

## ICMS

Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

REF. 7032, SRJL 6528, 2504, 1450, 1377, 8004

## INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO

Lata Atual	Lata Anterior	Diferença	Consumo (kWh)	Cons. Uel.	Data Ref.	Tarifa (R\$/kWh)	Votor (R\$)
6593	6538	1.40	82	0.00		0,57/840	46,65

22/08/17	21/08/17	32 DIAS	32	16,65
----------	----------	---------	----	-------

## DESCRIÇÃO

## VALOR CONSUMO DO MES

MULTA MORATÓRIA REF 07/2017 16,65

JUROS DO MES 0,31

SEGURU SUPER 3 + 1 - PRATIL 0800-600-0560 0,06

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO 3,86

ADICIONAL BANDEIRA VERNELHA MES (- R\$ 0,88) -20,88

19 OUT 2017

## VENCIMENTO 21/09/17

## TOTAL A PAGAR (R\$)

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	16,65
Transmissão	0,79
Distribuição	5,49
Encargos Sociais	1,09
Impostos (ICMS PIS/Cofins)	0,63
TOTAL	16,65

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Ano	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun
36	32	36	31	39	35	37	35	35	37	38	45	43	43	43

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

Compreende suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Entrada kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Concentração Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

13,83 | 0,00 | 0

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta neste fatura R\$ 0,63 referente à PIS e COFINS (4,14% sobre: PIS: R\$ 0,63 e COFINS: R\$ 0,14)

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 CONFERENCIA: 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.

Hospital São Lucas  
ADMINISTRAÇÃO SAUCAMHO

(AO  1908)

## **PREScrição MÉDICA**

NOME: Marcos Antônio M. de Paula MÉDICO:

PRONTUÁRIO: 10.6.097

DATA: 13/01/16

VENO: 1

LETO: 04

SETOR: Abastecimento

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO
		18/05/2016 10:45 - Entrada para atendimento. Paciente apresentado ambulizante, com história de acidente com motocicleta, apresenta trauma no ombro D e punho D, com dor apud de ambas mãos. Relata dor facial. Aguarda avaliação do trauma para amanhã. F: 36,1°C P: 104 bpm R: 16mmHg P: 120x80 mmHg.
		19/05/2016 10:45 - T: 36,1°C P: 81 bpm R: 16mmHg P: 120x80 mmHg.
		19/05/2016 10:45 - paciente em repouso p/ realização das USG, fasciotomia orientada,施行, desembalada com auxílio de enfermagem em consultório. Paciente sentindo dor intensa (1 em escala 100), dificuldade de abdução da região lombar (1 em escala 100). Aguardando p/ realização p/ exames laboratoriais. F: 37,1°C P: 68 bpm R: 16mmHg Janice Alves Saiu: 10:45 - P: 120x80 mmHg F: 37,1°C P: 68 bpm R: 16mmHg
		TÉC. ENFERMAGEM CLINICA SOROCABA Janice Alves

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



400041  
Documentos de identificação

Eu, MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, portador da carteira de identidade nº 34.253.013-8 e inscrito no CPF/MF sob o nº 540.006.533-34, residente e domiciliado na RUA LOCALIDADE QUIRINO, ZONA RURAL, Cidade CRAIEÚS, 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:

- () 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 Lider 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.

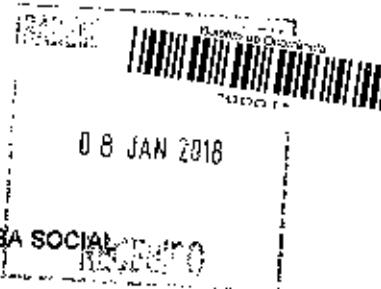
Marcos Antônio Marques do Paula

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

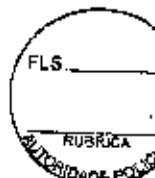
19 OUT 2017

Brotúis, 09 de agosto de 2017.

Local e data



08 JAN 2018

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 :  
Filiação: **ANTONIA JOSE DE PAULA**  
**ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
Endereço: **RUA LOC QUIRINO**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL**

UF:

CEP:

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 VAIU 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 Pórtas Cavalcante  
Escrivão de Peça  
MPC Funcional



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 2292 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS  
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 3009391

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 2292 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 3009391

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

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  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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** Ufz 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 VAIU 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.//////

*Marcos Pontes CR*  
Escritório de Policia Civil  
Mtr. Funcionário Civil

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  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 2282 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 30093917

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

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



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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 N° 34.013.011-8 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 26/03/2014

CPF 540006533-34 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO DESEMPREGADO

E RENDA MENSAL DE R\$ 0 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURADO 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, de forma alguma, 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 aparecerem 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.

SAPFM 01  
19 OUT 2017

**IMPORTANTES:** 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 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4091 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00018761-5

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

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° 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.

Bratins 09 de agosto de 2017

LOCAL E DATA

Marcos Antônio Marques de Paula

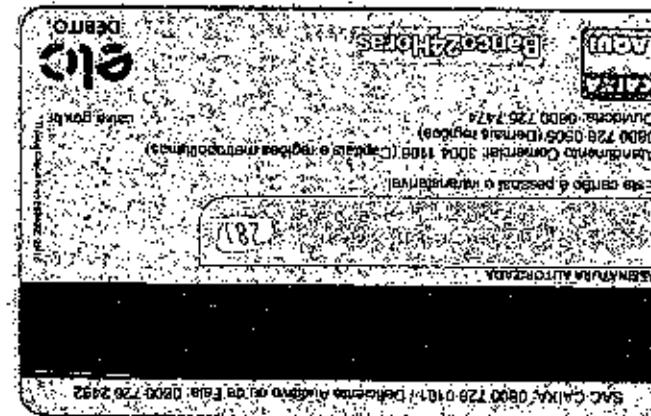
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

PAULA

### 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 da pedida 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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](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, 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 n°: 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 inicio 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,



# 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: 00000028761-5

---

Nr. da Autenticação 05FFE645BC8102

# 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/01/2016

MARCOS ANTONIO  
MARQUES DE PAULA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 29/10/2018

Nome: ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

CPF: 600.189.963-02

Data do cadastramento: 29/10/2018

Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO

CPF: 011.566.373-84

ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

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.

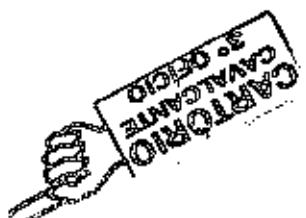
**OUTORGADO:** ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA, brasileira, solteira, bacharel em direito, inscrita com o CPF sob o nº 600.189.963-02, com escritório profissional na Rua Dom Pedro II, Nº 525 Sala 06, Altos, Centro, Crateús/CE CEP; 63700-000 e-mail: maia.juris@hotmail.com.

**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 Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de transito ao Sr. ANTONIO CARLO FERREIRA ocorrido em 26/03/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ai processo.

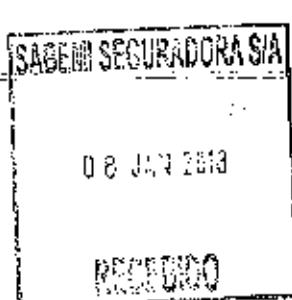
Declaro que dou plenos poderes, para me representar como correspondente do meu Seguro DPVAT, encaminhar, receber, retirar ou entregar qualquer tipo de documento, assinar declarações, autorização de pagamento/ Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim inclusive acompanhamentos em geral oriundo do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

Sém mais.

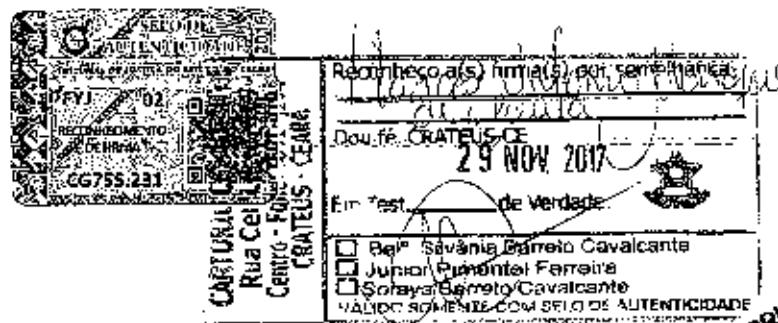
Crateús, Ceará 28 de novembro de 2017.



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



08 JAN 2018



CARTÓRIO CAVALCANTE  
3º Ofício Registro de Imóveis  
Paulista Cândido Oliveira  
Barreiros n° 11



## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

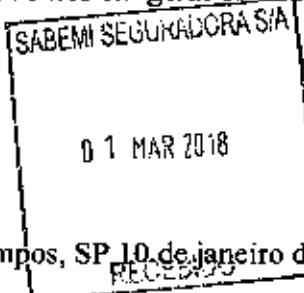
**OUTORGANTE:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, brasileiro, solteiro, afastado, portador da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8 SSP/CE, inscrito no CPF nº 540.006.533-34, residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural, Crateús/CE, Ceará, CEP 63700-000.

**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 trânsito ao Sr. MARCOS ANTONIO DE PAULA, conforme registrado pelo B.O anexo ai 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.



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

Tabelião: 1º Cartório  
de Notas  
R. Coronel José Mamede, 314 - Centro - São José dos Campos/SP - CEP 12210-140  
Tel.: (12) 3202-5506 - fax: (12) 3202-5504 - www.tabelionato.com.br



Reconheço por autenticidade, a firma de:  
[Assinatura] MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA,

São José dos Campos, 10 de Janeiro de 2018  
Em testemunha: [Assinatura]

MARCELE FERES ALVES A. DE ALFELDA - ESCREVIDORA  
Total: R\$15,30 Salvo o al. 1007/2017/146



# 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 URNA, 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** ALESSANDRA DURAES ALTAF

**CRM do médico:** 016562

**UF do CRM do médico:** CE

**Assinatura do médico:**



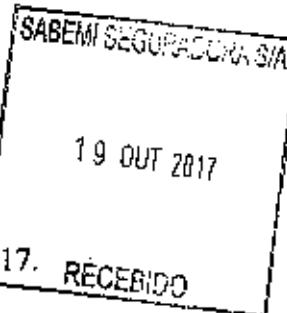
## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, brasileiro, solteiro, encarregado geral, portado da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8, inscrito no CPF nº 540.006.533-34, residente e domiciliado na cidade de 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:** Declaro que dou plenos, para me representar como correspondente do meu Seguro DPVAT, encaminhar, receber, retirar ou entregar qualquer tipo de documento, inclusive acompanhamentos em geral.

Sem mais.



Crateús, Ceará 05 de setembro de 2017.

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

<p>REGISTRO DE IMÓVEIS CRATEUS-CE 169 GWA 0002 AUTENTICO DE FATO CG750721</p>	<p>Requerido(s) firmado(s) por semelhança de voz de Paula Domicílio: CRATEUS-CE Em Teste: 13 SET 2017 Em Teste: de Voz Selos: <input type="checkbox"/> Dep. Silvana Barreto Cavalcante <input type="checkbox"/> Advogado: Fernanda Ferreira <input type="checkbox"/> Solange Barreto Cavalcante VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE</p>
---	--

CARTÓRIO CAVALCANTE  
3º Ofício Registro de Imóveis  
Paulista, Ceará, nº 111  
E-mail: carolinda.111@gmail.com

UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICAS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOSE D'ANCONA  
INSCRIÇÃO: 0000570246 NOME: MARCOS ANTONIO MARGLES DE PAU  
DATA DE NASCIMENTO: 23/07/1973 UNIDADE DE INTENCAÇÃO:  
UNIDADE DE UTI-  
HISTÓRICO CLÍNICO: *Marcos Antônio Margles de Pau*

July 23, 1943  
H. C. L. 483  
H. C. L. 483

SAREMI SEGUROADORA S/A

29 OUT 2018

RECEBIDO



PREScrição MÉDICA



MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

Alu

ESPECIALIDADE

ORTOPEDIA

D.N. II

570240

DATA DA PRESCRIÇÃO

15/06/16

DIAGNÓSTICO

POS OP CORREÇÃO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL E

HORÁRIO

Nº	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DATA AVANÇADA	IDADE	VIA	FREQUÊNCIA	HORA INÍCIO	DATA DA PRESCRIÇÃO
1	DIETA ORAL GERAL					18/06/16	16:08
2	AVP					22	06:14
3	KEFAZOL 1G, EV, 8/8H					22	04:10
4	DIPRONA 1G, EV, 6/6H					22	05
5	CETOPROFENO 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 12/12H						
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 8/8H (SIN)						
7	CMEPRAZOL 40MG, VO, 1CP, CEDO EM JEJUM						
8	FLASIL 10MG, EV, 8/8H, SIN						
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:

Conferido por:

Recebido por:

Ao prescrever, observe a padronização de medicamentos

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE  
Rua 5 de Julho Número 140 - Vila Industrial - São José dos Campos / SP - CEP: 12255-280 - Tel.: (12) 3901-3400

SABEMI SEGURADORA S/A

29 OUT 2018

RECEBIDO

UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICAS

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D.  
MAGNANI HANCO AUTONOMO HOSPITAL DE PAULA**

RH: 0800570246 NAME: MARCUS HANONY

DATA DE ADMISSÃO: 11/01/10 UNIDADE DE ATENDIMENTO: UPA - B  
DATA: 11/01/10 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: UPA - B  
HABERES DIAPOSITIVOS: DATA: 11/01/10

THE PRACTICAL

19

118

10

DIAGNÓSTICO DE IMPERMEABILIZAÇÃO (INICIAIS)	
Detecção:	1. ) I) Desgaste Prejudicial
	2. ) I) Hidratação Desequilibrada
	3. ) I) Risco de Desequilíbrio de pressão do Liquato
	4. ) Eliminação Unária Prejudicial
	5. ) I) Risco de Ingestão Das Inabilitades Unívocas
	6. ) I) Troca de Gates Projéctiles
	7. ) Mórbida e Física Projéctiles
	8. ) I) Risco de Infecção no descoce
	9. ) I) Derrame ou dano antrópico
	10. ) I) Risco de Neoplasia Infecciosa
	11. ) I) Permeável Tissular Periférica metálica <b>DPOC</b>
	12. ) I) Ventilação espiralina prejudicial
	13. ) I) Cetacal na Auto-Substância Bárata
	14. ) I) Derrito no autocatápsio fágente inútil
	15. ) I) Cicatrização aguda
	16. ) I) Comunicação Vena Prostática
	17. ) I) Assecção
	18. ) I) AEGP
	19. ) I) Risco de infecção
	20. ) I) Risco de arquivado
	21. ) I) Desobligação infecção das vias aéreas
	22. ) I) Risco de desarranjo neurológico periférico
	23. ) I) Risco de insegurança da Pela Projéctiles
	24. ) I) Mistura Oral Projéctiles
	25. ) I) Risco de Sanguinolento
	26. ) I) Risco de Desequilíbrio da Temperatura Corporal
	27. ) I) Cetacal Prejudicado
	28. ) I) Dor Aguda
	29. ) I) Dor Crônica
	30. ) I) I
	31. ) I) I
	32. ) I) I
	33. ) I) I
	34. ) I) I
	35. ) I) I
	36. ) I) I
	37. ) I) Cetacal Prejudicado
	38. ) I) I
	39. ) I) I
	40. ) I) I
	41. ) I) I
	42. ) I) I
	43. ) I) I
	44. ) I) I
	45. ) I) I
	46. ) I) I
	47. ) I) I
	48. ) I) I
	49. ) I) I
	50. ) I) I
	51. ) I) I
	52. ) I) I
	53. ) I) I
	54. ) I) I
	55. ) I) I
	56. ) I) I
	57. ) I) I
	58. ) I) I
	59. ) I) I
	60. ) I) I
	61. ) I) I
	62. ) I) I
	63. ) I) I
	64. ) I) I
	65. ) I) I
	66. ) I) I
	67. ) I) I
	68. ) I) I
	69. ) I) I
	70. ) I) I
	71. ) I) I
	72. ) I) I
	73. ) I) I
	74. ) I) I
	75. ) I) I
	76. ) I) I
	77. ) I) I
	78. ) I) I
	79. ) I) I
	80. ) I) I
	81. ) I) I
	82. ) I) I
	83. ) I) I
	84. ) I) I
	85. ) I) I
	86. ) I) I
	87. ) I) I
	88. ) I) I
	89. ) I) I
	90. ) I) I
	91. ) I) I
	92. ) I) I
	93. ) I) I
	94. ) I) I
	95. ) I) I
	96. ) I) I
	97. ) I) I
	98. ) I) I
	99. ) I) I
	100. ) I) I
	101. ) I) I
	102. ) I) I
	103. ) I) I
	104. ) I) I
	105. ) I) I
	106. ) I) I
	107. ) I) I
	108. ) I) I
	109. ) I) I
	110. ) I) I
	111. ) I) I
	112. ) I) I
	113. ) I) I
	114. ) I) I
	115. ) I) I
	116. ) I) I
	117. ) I) I
	118. ) I) I
	119. ) I) I
	120. ) I) I
	121. ) I) I
	122. ) I) I
	123. ) I) I
	124. ) I) I
	125. ) I) I
	126. ) I) I
	127. ) I) I
	128. ) I) I
	129. ) I) I
	130. ) I) I
	131. ) I) I
	132. ) I) I
	133. ) I) I
	134. ) I) I
	135. ) I) I
	136. ) I) I
	137. ) I) I
	138. ) I) I
	139. ) I) I
	140. ) I) I
	141. ) I) I
	142. ) I) I
	143. ) I) I
	144. ) I) I
	145. ) I) I
	146. ) I) I
	147. ) I) I
	148. ) I) I
	149. ) I) I
	150. ) I) I
	151. ) I) I
	152. ) I) I
	153. ) I) I
	154. ) I) I
	155. ) I) I
	156. ) I) I
	157. ) I) I
	158. ) I) I
	159. ) I) I
	160. ) I) I
	161. ) I) I
	162. ) I) I
	163. ) I) I
	164. ) I) I
	165. ) I) I
	166. ) I) I
	167. ) I) I
	168. ) I) I
	169. ) I) I
	170. ) I) I
	171. ) I) I
	172. ) I) I
	173. ) I) I
	174. ) I) I
	175. ) I) I
	176. ) I) I
	177. ) I) I
	178. ) I) I
	179. ) I) I
	180. ) I) I
	181. ) I) I
	182. ) I) I
	183. ) I) I
	184. ) I) I
	185. ) I) I
	186. ) I) I
	187. ) I) I
	188. ) I) I
	189. ) I) I
	190. ) I) I
	191. ) I) I
	192. ) I) I
	193. ) I) I
	194. ) I) I
	195. ) I) I
	196. ) I) I
	197. ) I) I
	198. ) I) I
	199. ) I) I
	200. ) I) I
	201. ) I) I
	202. ) I) I
	203. ) I) I
	204. ) I) I
	205. ) I) I
	206. ) I) I
	207. ) I) I
	208. ) I) I
	209. ) I) I
	210. ) I) I
	211. ) I) I
	212. ) I) I
	213. ) I) I
	214. ) I) I
	215. ) I) I
	216. ) I) I
	217. ) I) I
	218. ) I) I
	219. ) I) I
	220. ) I) I
	221. ) I) I
	222. ) I) I
	223. ) I) I
	224. ) I) I
	225. ) I) I
	226. ) I) I
	227. ) I) I
	228. ) I) I
	229. ) I) I
	230. ) I) I
	231. ) I) I
	232. ) I) I
	233. ) I) I
	234. ) I) I
	235. ) I) I
	236. ) I) I
	237. ) I) I
	238. ) I) I
	239. ) I) I
	240. ) I) I
	241. ) I) I
	242. ) I) I
	243. ) I) I
	244. ) I) I
	245. ) I) I
	246. ) I) I
	247. ) I) I
	248. ) I) I
	249. ) I) I
	250. ) I) I
	251. ) I) I
	252. ) I) I
	253. ) I) I
	254. ) I) I
	255. ) I) I
	256. ) I) I
	257. ) I) I
	258. ) I) I
	259. ) I) I
	260. ) I) I
	261. ) I) I
	262. ) I) I
	263. ) I) I
	264. ) I) I
	265. ) I) I
	266. ) I) I
	267. ) I) I
	268. ) I) I
	269. ) I) I
	270. ) I) I
	271. ) I) I
	272. ) I) I
	273. ) I) I
	274. ) I) I
	275. ) I) I
	276. ) I) I
	277. ) I) I
	278. ) I) I
	279. ) I) I
	280. ) I) I
	281. ) I) I
	282. ) I) I
	283. ) I) I
	284. ) I) I
	285. ) I) I
	286. ) I) I
	287. ) I) I
	288. ) I) I
	289. ) I) I
	290. ) I) I
	291. ) I) I
	292. ) I) I
	293. ) I) I
	294. ) I) I
	295. ) I) I
	296. ) I) I
	297. ) I) I
	298. ) I) I
	299. ) I) I
	300. ) I) I
	301. ) I) I
	302. ) I) I
	303. ) I) I
	304. ) I) I
	305. ) I) I
	306. ) I) I
	307. ) I) I
	308. ) I) I
	309. ) I) I
	310. ) I) I
	311. ) I) I
	312. ) I) I
	313. ) I) I
	314. ) I) I
	315. ) I) I
	316. ) I) I
	317. ) I) I
	318. ) I) I
	319. ) I) I
	320. ) I) I
	321. ) I) I
	322. ) I) I
	323. ) I) I
	324. ) I) I
	325. ) I) I
	326. ) I) I
	327. ) I) I
	328. ) I) I
	329. ) I) I
	330. ) I) I
	331. ) I) I
	332. ) I) I
	333. ) I) I
	334. ) I) I
	335. ) I) I
	336. ) I) I
	337. ) I) I
	338. ) I) I
	339. ) I) I
	340. ) I) I
	341. ) I) I
	342. ) I) I
	343. ) I) I
	344. ) I) I
	345. ) I) I
	346. ) I) I
	347. ) I) I
	348. ) I) I
	349. ) I) I
	350. ) I) I
	351. ) I) I
	352. ) I) I
	353. ) I) I
	354. ) I) I
	355. ) I) I
	356. ) I) I
	357. ) I) I
	358. ) I) I
	359. ) I) I
	360. ) I) I
	361. ) I) I
	362. ) I) I
	363. ) I) I
	364. ) I) I
	365. ) I) I
	366. ) I) I
	367. ) I) I
	368. ) I) I
	369. ) I) I
	370. ) I) I
	371. ) I) I
	372. ) I) I
	373. ) I) I
	374. ) I) I
	375. ) I) I
	376. ) I) I
	377. ) I) I
	378. ) I) I
	379. ) I) I
	380. ) I) I
	381. ) I) I
	382. ) I) I
	383. ) I) I
	384. ) I) I
	385. ) I) I
	386. ) I) I
	387. ) I) I
	388. ) I) I
	389. ) I) I
	390. ) I) I
	391. ) I) I
	392. ) I) I
	393. ) I) I
	394. ) I) I
	395. ) I) I
	396. ) I) I
	397. ) I) I
	398. ) I) I
	399. ) I) I
	400. ) I) I
	401. ) I) I
	402. ) I) I
	403. ) I) I
	404. ) I) I
	405. ) I) I
	406. ) I) I
	407. ) I) I
	408. ) I) I
	409. ) I) I
	410. ) I) I
	411. ) I) I
	412. ) I) I
	413. ) I) I
	414. ) I) I
	415. ) I) I
	416. ) I) I
	417. ) I) I
	418. ) I) I
	419. ) I) I
	420. ) I) I
	421. ) I) I
	422. ) I) I
	423. ) I) I
	424. ) I) I
	425. ) I) I
	426. ) I) I
	427. ) I) I
	428. ) I) I
	429. ) I) I
	430. ) I) I
	431. ) I) I
	432. ) I) I
	433. ) I) I
	434. ) I) I
	435. ) I) I
	436. ) I) I
	437. ) I) I
	438. ) I) I
	439. ) I) I
	440. ) I) I
	441. ) I) I
	442. ) I) I
	443. ) I) I
	444. ) I) I
	445. ) I) I
	446. ) I) I
	447. ) I) I
	448. ) I) I
	449. ) I) I
	450. ) I) I
	451. ) I) I
	452. ) I) I
	453. ) I) I
	454. ) I) I
	455. ) I) I
	456. ) I) I
	457. ) I) I
	458. ) I) I
	459. ) I) I
	460. ) I) I
	461. ) I) I
	462. ) I) I
	463. ) I) I
	464. ) I) I
	465. ) I) I
	466. ) I) I
	467. ) I) I
	468. ) I) I
	469. ) I) I
	470. ) I) I
	471. ) I) I
	472. ) I) I
	473. ) I) I
	474. ) I) I
	475. ) I) I
	476. ) I) I
	477. ) I) I
	478. ) I) I
	479. ) I) I
	480. ) I) I
	481. ) I) I
	482. ) I) I
	483. ) I) I
	484. ) I) I
	485. ) I) I
	486. ) I) I
	487. ) I) I
	488. ) I) I
	489. ) I) I
	490. ) I) I
	491. ) I) I
	492. ) I) I
	493. ) I) I
	494. ) I) I
	495. ) I) I
	496. ) I) I
	497. ) I) I
	498. ) I) I
	499. ) I) I
	500. ) I) I
	501. ) I) I
	502. ) I) I
	503. ) I) I
	504. ) I) I
	505. ) I) I
	506. ) I) I
	507. ) I) I
	508. ) I) I
	509. ) I) I
	510. ) I) I
	511. ) I) I
	512. ) I) I
	513. ) I) I
	514. ) I) I
	515. ) I) I
	516. ) I) I
	517. ) I) I
	518. ) I) I
	519. ) I) I
	520. ) I) I
	521. ) I) I
	522. ) I) I
	523. ) I) I
	524. ) I) I
	525. ) I) I
	526. ) I) I
	527. ) I) I
	528. ) I) I
	529. ) I) I
	530. ) I) I
	531. ) I) I
	532. ) I) I
	533. ) I) I
	534. ) I) I
	535. ) I) I
	536. ) I) I
	537. ) I) I
	538. ) I) I
	539. ) I) I
	540. ) I) I
	541. ) I) I
	542. ) I) I
	543. ) I) I
	544. ) I) I
	545. ) I) I
	546. ) I) I
	547. ) I) I
	548. ) I) I
	549. ) I) I
	550. ) I) I
	551. ) I) I
	552. ) I) I
	553. ) I) I

SABEMI SEGURADORA S/A

29 OUT 2018

RECEBIDO

27/10/2018 - 09h00 - 10h00  
Atendendo paciente com  
dor de estômago e diarreia.  
O paciente é base de um  
caso de Síndrome do Intestino  
Seco, causada por:  
- Dieta rica em gorduras e sal.  
- Beber muita cerveja.  
- Fumar.

09:30 - 10:30  
- Dificuldade de passar fezes.  
- Dificuldade de urinar.  
- Dificuldade de dormir de noite.  
- Dor.  
- Geralmente o paciente sente dor  
na parte baixa do abdômen.  
- O paciente tem dor abdominal  
na parte baixa, de vez em quando  
é difícil passar fezes, apesar de  
fazer um enema.

Não se sente fome, mas os dentes  
estão cheios de sanguinolência.  
O paciente não tem febre, nem fezes  
com sangue, nem vômitos.  
O paciente não sente dor no abdômen.  
O paciente sente dor na parte baixa  
do abdômen, que é a causa da  
diarreia.  
O paciente sente dor no abdômen  
de vez em quando, mas não é  
necessário fazer exames.

SABEMI SEGURADORA S/A

29 OUT 2018

RECEBIDO

UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICAS

NOME DO PACIENTE: Marcos Henrique Marques

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

DATA 15

DATA DE NASCIMENTO: 07/01/14 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: HB  
HISTÓRICO DIAGNÓSTICO: Infarto agudo do miocárdio

RH: 0000379240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
NASC.: ANTONIA JOSE DE PAULA SEXO: M INP.: 13/08/2016 19:53  
DT. NASC.: 23/07/1973

UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRURGICAS

NOME DO PACIENTE: Wendy Mirella da Silva

R.P. 3133 DATA DE NASCIMENTO 13/11/1931

DATA DE ADMISSÃO: 11/12/10

DATA DE NASCIMENTO: 22/03/1973  
UNIDADE DE INTERNACAO: UPA  
"PÓSTERE DIAGNÓSTICO: O: 100% HABITUAL

COLEQUIA ETIQUETAS





## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: Maria Antônia Pinho de Paula RH: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data	Descrição
15/02/16	Hospital # Dai Dr. Graciliano Segundo Pk. Rodovia Xisto (E)
	Praça 2015, Bento, C. M., AL, Fazenda. Sem quaisquer as iniciais.
	EF de 70% antibioticos (E) FO Língua, S. H. Higiené, S. S. Síntesis BPC + M (E) Neutrofílica prévia em MS (E) Roxo em OBT (E)
	Dr. Rita Marilda informa manutenção do Dr. Luciano Conversando com Tenente-coronel Dantas (Anexo) que não se sente bem seu cliente. O paciente sempre consulta o hospital para chegar a esse nível de Tenesmo e depressão.

**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: 523340  
RH: - DATA DE ADMISSÃO: 10/05/16  
DATA:

**HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D. MARQUES DE PAULA**  
RH: 08000570246 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
NASC.: 23/07/1973 SEXO: M IMP.: 13/08/2016 10:53  
DT. : ANTONIA JOSE DE PAULA  
LEITO: 162  
UNIDADE DE INTERNACAO:  
HISTÓSE DIAGNOSTICAL

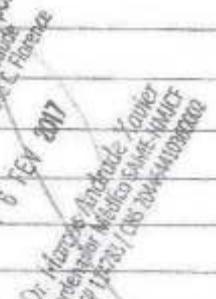


## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: Marcos Arizmendi

RH

Leito: 403

Data	Descrição
10/08/16	Praatredor raul Rapondi enf (W) 23:00 17:45 sem queixas, deambulando, SVA estávam -
	CD SANTO
10/08/16	# Oxy perf. # PO Coligado no Segundo Fase. NéO. O G low quente artíca Piel, lotz, como o pulmão
	Maior + fundo da Cava Corrida Largo 1 Seco. Sem dificuldade respiratória Xame multigênero suspeito pelo proceder a desistir do fôlego. Identificar POs e ades para cilia.
	C.P. - ATB - Fisiologia humor MAIS
	 Dr. Mariana R. Daniel Médico Veterinário Residência em Medicina de Animais Hospital Veterinário da UFSCar Cidade Autônoma Universidade de São Paulo São Paulo, São Paulo, Brazil 16/08/2017
	 Dr. Marcelo Andrade Tannier Médico Veterinário UFSCar Cidade Autônoma Universidade de São Paulo São Paulo, São Paulo, Brazil 16/08/2017

**NOTA:** As anotações devem ser claras, objetivas e em letra legível. Devem indicar os critérios para o estabelecimento de condutas clínicas e resultados de exames-chaves. As anotações devem ser cuidadosamente identificadas no documento. Admitir ou não consentir de forma

# EXAME FÍSICO

NEUROLOGICA		AVALIAÇÃO		IDADE GESTACIONAL	
ABERTURA OCULAR		RESPIRATÓRIA		DUM: DPP:	
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea		<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	MAMAS E MAMILOS	
<input type="checkbox"/> Origem verbal		<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquidispneico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Bico Invertido
<input type="checkbox"/> Est. Doloroso					
<input type="checkbox"/> Não Responde					
PUPILAS		Tipo:			
<input type="checkbox"/> Isocórica		<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea			
<input type="checkbox"/> Anisocórica		<input type="checkbox"/> Tubo oro traqueal		A U: D U:	
<input type="checkbox"/> Midriase		<input type="checkbox"/> Traqueostomia		Parto:	
<input type="checkbox"/> Miose		<input type="checkbox"/> Cateter nasal		Incisão cirúrgica:	
<input type="checkbox"/> Médio fixa		<input type="checkbox"/> Máscara		Epsio:	
FOTOREAÇÃO		<input type="checkbox"/> Tosse caract.:		Loquios: presentes <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	
PD ( ) PE ( )		<input type="checkbox"/> Diminuidos local:		Colostro: presente <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	
MELHOR RESPOSTA		MURMÚRIOS VESICULARES		GASTRO INTESTINAL	
<input type="checkbox"/> Orientado		<input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes			
<input type="checkbox"/> Confuso		<input type="checkbox"/> Diminuidos local:			
<input type="checkbox"/> Localiza					
<input type="checkbox"/> Não responde				ACEITAÇÃO ALIMENTAR	
		RUIDOS ADVENTÍCIOS		VO Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
RESPOSTA MOTORA		<input type="checkbox"/> Roncos		SNE Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Obedece ordens		<input type="checkbox"/> Ausentes		Outros:	
<input type="checkbox"/> Localiza dor		<input type="checkbox"/> Diminuidos local:			
<input type="checkbox"/> Não reage a dor				ELIMINAÇÕES FECAIS	
ESTADO MENTAL		CARDIO VASCULAR		Presentes <input checked="" type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> RCI <input type="checkbox"/> RCR		Ausentes <input type="checkbox"/>	
		Pulso	LD LE	Periodicidade:	
		Carotídeo	<input type="checkbox"/> [ ]		
		Branquiais	<input type="checkbox"/> [ ]		
MOTRICIDADE		Radiais	<input type="checkbox"/> [ ]	ABDÔMEN	
MMSS	MMI	Femorais	<input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> Plano	
D E	D E	Poplíticos	<input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> Rígido	
<input checked="" type="checkbox"/> Força normal	<input checked="" type="checkbox"/> Paresia	Pediosos	<input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> Timpânico	
		A(ausente), C(chelo), F(iliiforme)		<input type="checkbox"/> Doloroso a palpação	
				<input type="checkbox"/> Globoso	
		Plegia	<input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> Flácido	
		Parestesia	<input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> Distendido	
		Descerebração	<input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> Boa	
		Decorticação	<input type="checkbox"/> [ ]	Diminuída	<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINARIA
				<input type="checkbox"/> SVD	
CABEÇA E PESCOÇO				<input type="checkbox"/> Uripen	
Prótese dentária	Inf <input type="checkbox"/> Supl <input type="checkbox"/>	INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA		<input type="checkbox"/> Micção Espontânea	
ocular	OF <input type="checkbox"/> ODI <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Incontinência urinária	
auditiva	OF <input type="checkbox"/> ODI <input type="checkbox"/>	Lesões	<input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> Concentrada	
		Edema	<input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> Limpida	
ACUIDADE VISUAL		Varizes	<input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> Presença de sedimentos	
NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input type="checkbox"/>	Víceras	<input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> Hematuria	
DIMINUÍDA	<input type="checkbox"/> OE OD <input type="checkbox"/>	Manchas	<input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> Oligúria	
AUSENTE	<input type="checkbox"/> OE OD <input type="checkbox"/>	Cicatrizes	<input type="checkbox"/> [ ]	<input type="checkbox"/> Poliúria	
ACUIDADE AUDITIVA		GENITURINÁRIO		<input type="checkbox"/> Anúria	
NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Disúria	
DIMINUÍDA	<input type="checkbox"/> OE OD <input type="checkbox"/>	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		<input type="checkbox"/> CATETERES	
AUSENTE	<input type="checkbox"/> OE OD <input type="checkbox"/>	PN		<input type="checkbox"/> Arterial <i>O. Macaco e brade 2016</i>	
CONDIÇÕES OROFARINGE		PC		<input type="checkbox"/> Flebotomia	
		PF		<input type="checkbox"/> Intracatéter	
		ABORTOS:		<input type="checkbox"/> Gelco / Scab	
				<input type="checkbox"/> Outro:	

Obs. Gerais do Paciente

Peso: \_\_\_\_\_ Alt.: \_\_\_\_\_ PA: 130/80 C.T: 360-2 R: 19 Pulso: 82

ASSINATURA ENFERMEIRA (O): \_\_\_\_\_

COREN: 2

Luzia Alencar  
Enfermeira Municipal de São Paulo  
Instituto Municipal de Saúde de São Paulo  
Assistente Social  
Assessoria Jurídica e Forense  
16-REV-2017



## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

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

Data	Descrição
14/08/16	<p>HÓMICO PEDIATRA.</p> <p>o PO CORRIGIDA - SEQUELA FRACTURA RÁDIO DIGITAL (E)</p> <p>Paciente → dist., comum, evitad., verbalizado. Diversas - m de dor em punho (E) à mobilização.</p> <p>EFO: BEG, const, lidatad., supri., extânsa desidratação.</p> <p>MSE =&gt; En um de teto antidiagnóstico. Edur (1/1) int. Pura de rigidez MTC-Falange mto = (E). BPP.</p> <p>CD: Salientar fixa mot. Toxo de Crotalina</p>



Cópia Autenticada  
Prefeitura Municipal de São Paulo  
Hospital Municipal Vila Carrão

16 FEV 2017

Dr. Marcos Andrade Xogó  
Coordenador Marcio Silveira Mello  
Data 17/03/2017 08:24:00





## UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRURGICAS

NOME DO PACIENTE: Ylliess Andrade Melo da Silveira  
 RH: 5402774616  
 DATA DE ADMISSÃO: 20/06/16  
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: LETO 403  
 HISTÓRICO CLÍNICO: 20/06/16

COLE AQUI A ETIQUETA

DATA:

HISTÓRICO CLÍNICO:

DATA:

DATA:

COLE AQUI A ETIQUETA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMIDADE (NAND)	PATRIMÔNIO DE TERRITÓRIO (PAT)
1. ) Displasia Tranjuntural	(1, 2, 6, 10, 12, 20, 21, 27) Manter Decíduo em: ( ) pele ( ) 45º ( ) 180º
2. ) Inserção Dissecada	( ) 06/10, 12, 20, 21) Aplicar COT, TGT e VAB e anular aspereza da secreção de / horas a SN
3. ) Troca de Dissecador ou trocador	( ) 8, 9, 10, 12, 19, 20, 21, 25, 26, 28, 29) Ventilar e SVV de 20 h a comunicar e anular alterações.
4. ) Inserção Urinária Prejudicada	( ) 10, 11, 15, 19, 20, 21, 25) Observar anular local e apparelo de ferida operatória.
5. ) Troca de Gases Prejudicada	( ) 23) Observar e anular local e apparelo de ferida operatória.
6. ) Troca de Gases Prejudicada	( ) 13, 24) Realizar Higiene Oral com / após as refeições.
7. ) Visceral Prejudicada	( ) 1, 5, 7) Eliminar desembolhaçao ( ) com auxilio
8. ) Risco de infarto do miocárdio	( ) 3, 4, 5, 7, 14, 21) Observar e anular eliminação vesical a máscara.
9. ) Debido cardíaco crônico	( ) 1, 2, 20, NU) Testar a worda etílica antes de administrar diaria a medicações. Lavá-la antes e depois com 20 ml de água.
10. ) Fluxo Respiratório Ineficaz	( ) 10, FL) Repetir aspiração do Húmido Álcool a 70% breves e depois de desconectar equipos para intusões.
11. ) Perda de sensibilidade cutânea	( ) 3, 10) Anciar e controlar volume e espessura das(s) contusão(s) diário(s) de
12. ) Ventilação insuficiente	( ) 1, 3, 10) Anciar e controlar volume e espessura das(s) contusão(s) diário(s) de
13. ) Desferri Autodigestão Bárata	( ) 1, 3, 27) Trocar e ditar fixação da acesso venoso a cada 24h e SN. Trocar o acesso periférico a cada 72h BCU
14. ) Desferri Autodigestão, Higiene Inética	( ) 7, 13, 23, 27, 28, 29) Realizar banho ( ) leito / suspensão ( ) anatômica. Proteger após a venosa.
15. ) Circulação aquosa	( ) 7, 13, 23, 27, 28, 29) Realizar Massagem de conforto após o banho e SN
16. ) Comunicação verbal Prejudicada	( ) 1, 3, 23, 27, 28, 29) Realizar repositionamento para alívio de pressão de / h.
17. ) Dissecada	( ) 4, 5, 7, 13, 23, 27, 28, 29) Observar, ancilar e comunicar sintomas de dor. Fases de dor, agudão, choque.
18. ) Fase de Infecção	( ) 3, 7, 9, 13, 14, 15, 17, 16, QU) Priorizar a presença em enfermeiros do acompanhante.
19. ) Risco de Infecção	( ) 17, 18) Explorar procedimento, condutas de enfermagem, sintomas de infecção e escriventes divididas.
20. ) Risco de infusão(s)	( ) 7, 8, 15, 16, 17 QU) Manter grades elevadas.
21. ) Debilitat, QDS infantil das vias aéreas	( ) 15, 7, 8, 23, 27, 1, PI) Sentar paciente na poltrona
22. ) Risco de infusão neuromuscular paroxística	( ) 7, 11, 23, 27, PI) Colocar colchão piramidal
23. ) Risco de Infusão da Pele Prejudicada	( ) 7, 17, 27, QU) Orientar o paciente a solicitar ajuda para sair do leito. Deixar a campanha em frach acesso.
24. ) Maçãs Oral Prejudicadas	( ) 15, QU) Realizar contenção mecânica ( ) membros superiores ( ) membras inferiores ( ) braço.
25. ) Risco de Sangramento	(BR) Contornar ecolocar pulseira de identificação com os seguintes descriptores: Nome, RH e Data de nascimento.
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, 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, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 498, 499, 499, 500, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 598, 599, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 698, 699, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 798, 799, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 817, 818, 819, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 898, 899, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 917, 918, 919, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 998, 999, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1017, 1018, 1019, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1098, 1099, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1117, 1118, 1119, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1198, 1199, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1217, 1218, 1219, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1298, 1299, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1317, 1318, 1319, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1398, 1399, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1417, 1418, 1419, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1498, 1499, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1517, 1518, 1519, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533,



## PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE  
**MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**  
IDADE: **42** SEXO: **MASCULINO** ESPECIALIDADE: **ORTOPEDIA** D.N. / / DATA DA PRESCRIÇÃO: **13/08/16**

## DIAGNÓSTICO

## POS OP CORREÇÃO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL E

ITEM	PREScrição Sintética	DATA DE ANTIBIOTICO	DESB.	VIA	FREQUENCIA	HORA INÍCIO	HORA FIM
1	DIETA ORAL GERAL						
2	AVP						
3	KEFAZOL 1G, EV, 8/8H						
4	DIPIRONA 1G, EV, 8/6H						
5	CETOPROFEND 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 Q/6H						
11							
12	<b>FISIOTERAPIA MOTORA PARA DEDOS DA MÃO ESQUERDA</b>						
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							

Dispensado por:

Conferido por:

Ao prescrever, observe a padronização de medicamentos

Recebido por:

RUA SÉRGIO REKAMAN 1100 - VILA INDUSTRIAL - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS / SP - CEP: 12200-260 - Tel.: (12) 3901-3460



## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: Dra. Ana Paula Mazzoni, 40 anos RH: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data	Descrição
13/03/16	# URGÊNCIA # Dra. Eny Sp Gravidez à Segundo de gestação de Rúbia Gestel (E) Paciente LORE, Rúbia, C, V, fFPII, Fumante. Sem queixa no momento.
	EFG: + de antígenos - urina (E) urinário na mês (E) RPP: urinário (E) Lactato na Feces/Fx: urinário (E) Analise: preservativo urinário (E)
	C: mantendo paciente intubado p/ FST mês e m mês (E), conforme orientação da clínica. Solicita FST removido, não visto ente 3 semanas. Exame:
13/03 2016	# Enfermagem # Lactose 20% intravenosa Solutol Rapandy Pacote enxai com oxigênio 15, colônia, cicatrizante e querosene, diurético e boa acetatação, no final mês base gravada em mês, períodos de hipotensão - má, diurese preservada, manutenção preservada, sai fisioterapia motora p/ alívio da dor esquerda, perfusões jatos fármacos os encar- fios.
	PE: Bem FZT S/S, AB: mVE S/RP, PBO: praticado, EAP (E) of

Cópia Autenticada  
Assinatura Firma Digital de Fábio  
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho  
16 FEV 2017

Dr. Marcos Andrade Xavier  
Ginecologista/Médico Ginecologista  
Câmara de São Paulo - Conselho Regional de Medicina

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME DO PACIENTE		LEITO	ENFERMAGEM	DATA DA INTERNAÇÃO
Vikas Antônio M.		403		/ /
IDADE	SEXO	ESPECIALIDADE	RH	
05	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	Urologista	SP	06
DIAGNÓSTICO		Data da Prescrição 11/08/16		

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº ITEM	PREScrição MÉDICA	Dia da Antibiótico	Data	VIA	Frequência	Hora inicio	LEITO	ENFERMAGEM	Data da INTERNAGEM
01	Ortox 600 mg								
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									

Dispensado p/cr.

Dr. Mário  
Góes  
Av. Presidente Vargas, 700  
Bairro Industrial - São José dos Campos - SP - (12) 3801-3400

Conferido por: \_\_\_\_\_ Recebido por: \_\_\_\_\_  
Para prescrever, observe a padronização do medicamentos.



## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente:

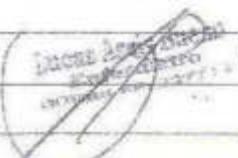
Name: Antônio Miquim de Paula

RH:

Leito:

403

Data	Descrição
12/100	# KJ fumagem # PO in hoder. Souve Kapandji Cura de mili palmo, OF, suspenso, dren hularante, aferir, mantido por pauz, feita pressão em nse; apresenta avio hipertria intensitate com a reação da bengala por 2 nes e com flutuaçao de 200 mm. Musco. Segui em seu uso liberado no hio, <del>após</del> usando auxiliares ou enxertos.
12/100	AC: BRNPCT 313 AP: MV@SIRPA



Cópia Autenticada  
Prefeitura Municipal de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho  
16 FEB 2017  
Dr. Marcos Andrade Xinga  
Coronel da UPAE / CBO Assessoria



## AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA

NOME: Maria Antônio Marques da Silva RH: 570490  
 Leito: 403 DATA: 11/02/14  
 Idade: 92 n Cid. Origem: \_\_\_\_\_  
 Data de Internação: 10/02/14  
 Diagnóstico: P.E. varizes, hérnia umbilical e

## RESPIRATÓRIA

- ( ) IOT      ( ) Traqueostomia Plástica      ( ) Traqueostomia Metálica      ( ) Ar Ambiente  
 ( ) Catéter O2: \_\_\_\_\_      ( ) Tubo T: \_\_\_\_\_      ( ) VMNI  
 ( ) Máscara O2: \_\_\_\_\_      ( ) Venturi: \_\_\_\_\_      ( ) VMJ  
 Padrão Respiratório: Venturi      Cardiovascular: 45-60 mmHg  
 Exames Laboratoriais: \_\_\_\_\_      Neurológico: 3/55 = 0  
 RX: \_\_\_\_\_  
 AP: Wt 30 min.

*Copia Autenticada  
Prestação Municipal de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Assistência Municipal Dr. José Carvalho Florence  
16 FEV 2017  
Dr. Marcos Andrade Xavier  
Código Único / OBS 2015/410502*

## VENTILAÇÃO MECÂNICA

Modo: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ PS: \_\_\_\_\_ PInsp: \_\_\_\_\_  
 Peep: \_\_\_\_\_ Fluxo: \_\_\_\_\_ VC: \_\_\_\_\_ FIO2: \_\_\_\_\_ SatO2: \_\_\_\_\_

## MOTORA

- ( ) Deambulando c/ Déficit      ( ) 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 Grau 3 MSE Grau 3 MID Grau 3 MIE Grau 3

CD:

*Paralisia parcial da perna esquerda.  
 Em outros aspectos não há limitações funcionais. Envolvimento  
 de nervos tibial e peroneal com paralisia parcial da perna esquerda.  
 A paralisia é parcial e transitória.  
 Nível: 3/5.  
 Faz hidroterapia na sala de hidro.  
 Data: 16/02/14.*

ESTADÍSTICAS MÉDICAS

NÓDULO PACENTE

三三

EXTRA DE JUVENTUD

卷之三

卷之三

UNIDADE DE INTERNAC

HISTÓRIA BIBLICA

RH: 0002057024@ NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
MOE: ANTONIA JOSE DE PAULA

DT. NASC : 23/07/1973 SEXO : M IMP. : 10/08/2016 20:18

46 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES  
JOSE DE PAULA

370771973-SEXO : M IMP. : 10/03/2010



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE <i>Anônimo / M. J. M. J.</i>		LEITO	ENFERMARIA	CATA DA INTERNAÇÃO			
IDADE	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	ESPECIALIDADE	RH 520 440				
DIAGNÓSTICO	<i>16, 6º. Criança Secundário</i>		DATA DA PRESCRIÇÃO <i>11/07/16</i>				
ITEN	PREScrição MÉDICA	Dia da Antibiótico	Dose	Via	Frequência	Hora Início	Horário
01	<i>Urticaria</i>						
02	<i>Urticaria</i>						
03	<i>Urticaria</i>						
04	<i>Urticaria</i>						
05	<i>Urticaria</i>						
06	<i>Urticaria</i>						
07	<i>Urticaria</i>						
08	<i>Urticaria</i>						
09	<i>Urticaria</i>						
10	<i>Urticaria</i>						
11	<i>Urticaria</i>						
12	<i>Urticaria</i>						
13	<i>Urticaria</i>						
14	<i>Urticaria</i>						
15	<i>Urticaria</i>						
16	<i>Urticaria</i>						
17	<i>Urticaria</i>						
18	<i>Urticaria</i>						
19	<i>Urticaria</i>						
20	<i>Urticaria</i>						
21	<i>Urticaria</i>						
22	<i>Urticaria</i>						
23	<i>Urticaria</i>						
24	<i>Urticaria</i>						
25	<i>Urticaria</i>						

Dispensado por:

*Dra. Ana Paula  
Cirurgião-Dentista*

Com prescrever, observar a padronização dos medicamentos.

Recebido por:

*Dra. Ana Paula  
Cirurgião-Dentista*



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D  
RH: 0000570248 NOME: MARCOS ANTÔNIO MARQUES DE PAULA  
MAE: ANTONIA JOSE DE PAULA  
DT. NASC.: 23/07/1973 SEXO : M IMP.: 10/08/2016 09:44

Data: \_\_\_\_\_

Horário Início: \_\_\_\_\_

Horário Término: \_\_\_\_\_

Paciente	RH	Sexo	Idade
Orientador		CRM	
Médico Cirurgião Dr. Alexandre Vargas (Nome completo)		CRM	
Assistente Dr. Jorgo Andrade		CRM	
Assistente Dr. I. Celia Voga		CRM	
Assistente _____		CRM	
Anestesia _____		CRM	

Diagnóstico Pré Operatório Síquia de fratura do rádio direito  
esquerdo

Operação Proposta Correção da deformidade do punho  
desprendido

Operação Realizada \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Exame Pós Operatório \_\_\_\_\_

Relatório Imediato do Patologista (Congelação)

Exame dado à Peça \_\_\_\_\_

Eventos durante a operação \_\_\_\_\_

Cópia Autenticada  
Prefeitura Municipal de São Carlos  
Hospital Municipal Dr. José C. Ferreira  
Dr. Marcos André Souza  
Conselho Regional de Medicina  
06/02/2017

## DESCRICAO DA CIRURGIA

CRM:

- 1) paciente em DDT nos hospitais de placa  
de nise

2) maltratado e abusivo + coloca que os  
casos são raras + quando o paciente

3) infelizmente vez ou outra é denunciado

4) não dãoem atenção a visualização da deformidade.

5) maltratada e extensão das radiculites,  
consecutiva da deformidade e fixadas com  
plaça "T" 3x3 com 3 parafusos + 1 fio K�

6) entubação das radiculites.

7) amputação, não escopia, boa redução e  
alinhamento.

8) luxação dorsal e com extensão da  
radiculite.

9) luxação por náuseas.

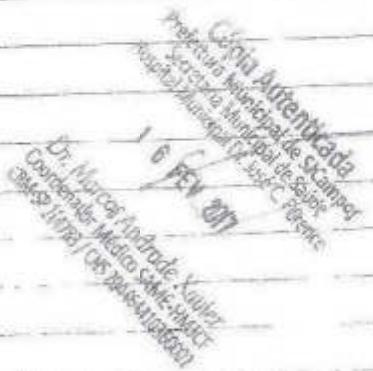
10) luxação vulcanica nos esportes de todos  
os dias de vida da raia (E)

11) luxação, não plena

12) luxação, não plena  
com traumas + falso entubação de palmas

13) P.R.A

20



HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE DE CARVALHO FLORENTINO  
Centro Universitário Faculdade para o Desenvolvimento da Medicina

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D  
RH: 8000570240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

Antibio. Cefazolin 1g 12h30 h  
hs.

MAE: ANTONIA JOSE DE PAULA  
DT. NASC.: 23/07/1973 SEXO : M IMP.: 10/08/2016 09:44

TIPO DE ANESTÉSICA:

EPP + Síntesis

NOME		IDADE	43	RH	S70240	SEXO	MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>
------	--	-------	----	----	--------	------	---

Marcos Antonio Marques

DIAGNÓSTICO Fratura Anelar 6

CIRURGIA ORTOPEDICA

DATA: 10/08/16	CIRURGIA: Neponhe	ASSISTENTE: Cesar	M.P.A.:	HORA: 14:30	EST. FÍSICO ASA I
----------------	-------------------	-------------------	---------	-------------	-------------------

HORA: 12:30	13:30	14:30	15:30	
-------------	-------	-------	-------	--

AGENTES	O2			
---------	----	--	--	--

LÍQUIDOS	MSD: 200	SF: 500	EL: 500	
----------	----------	---------	---------	--

% SAT O2	97	97	97	97
----------	----	----	----	----

CO2				
-----	--	--	--	--

EEG	RS	ES	RS	ES
-----	----	----	----	----

C	120			
---	-----	--	--	--

38°	200			
-----	-----	--	--	--

36°	200			
-----	-----	--	--	--

34°	200			
-----	-----	--	--	--

32°	180			
-----	-----	--	--	--

30°	160			
-----	-----	--	--	--

A. ANESTÉSIA	120			
--------------	-----	--	--	--

O. PA	110			
-------	-----	--	--	--

PULSO	80			
-------	----	--	--	--

CIRURGIA	70			
----------	----	--	--	--

TEMPER	80			
--------	----	--	--	--

A. AERÁCIO	90			
------------	----	--	--	--

PA MEDIA	40			
----------	----	--	--	--

VITÂNEA				
---------	--	--	--	--

A.				
----	--	--	--	--

GLADA				
-------	--	--	--	--

SÍMBOLOS X				
------------	--	--	--	--

OPR	AGENTES/DOSES	MONITORIZAÇÃO	LIO. ADMINISTRADOS	O. PERDIDOS:
-----	---------------	---------------	--------------------	--------------

- Propofol 150mg	150mg 20ml	<input type="checkbox"/> CARDIOSCOPIO	<input type="checkbox"/> RINGER	<input type="checkbox"/> SANGUE
------------------	------------	---------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

- Etomidato 1,5g	150mg 20ml	<input type="checkbox"/> FA MÃO INVASIVA	<input type="checkbox"/> SWAN GANZ	<input type="checkbox"/> LÍQUIDA
------------------	------------	--	------------------------------------	----------------------------------

- DEXA		<input type="checkbox"/> PACÔMETRO	<input type="checkbox"/> EST. PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/> GLICOSE
--------	--	------------------------------------	--	----------------------------------

- Midazolam 5mg		<input type="checkbox"/> PACÔMETRO	<input type="checkbox"/> EST. ESOF	<input type="checkbox"/> SANGUE
-----------------	--	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

- Fentanil 100ug		<input type="checkbox"/> OXÍMETRO PLESO	<input type="checkbox"/> EST. PRECORDE	<input type="checkbox"/> PLASMA
------------------	--	---	--	---------------------------------

- Atropina 5mg		<input type="checkbox"/> ANILÉTADOR GASES	<input type="checkbox"/> TEMP. CENTRAL	<input type="checkbox"/> OUTROS
----------------	--	---	--	---------------------------------

		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> TOTAL
--	--	------------------------------	--	--------------------------------

ANOTACÕES:	TÉCNICA:			
------------	----------	--	--	--

X- Início fármacos monitorização, eletrone mapejado				
--	--	--	--	--

(P) Síntesis				
--------------	--	--	--	--

(P) Bloqueio de perna traseira e via nervosa com articular 0,5g sem maceral.				
--	--	--	--	--

(P) Síntese 2g - levam 30 min deprima 2g				
---	--	--	--	--

10/08/2016  
Prof. Dr. Henrique  
Hospital Universitário  
Nossa Senhora da Conceição  
- 10000-0000

Dr. Marcos  
- 10000-0000

Centro Universitário  
Faculdade para o Desenvolvimento da Medicina





CENTRO CIRÚRGICO  
TRANS - OPERATÓRIO



Hora	PA	FC	FR	Saturação	T°	Destro s/n
220	124/74 mmHg	78 bpm	19 rpm	98 %	—	—

Admissão no SO 12:00 Início da Anestesia: 12:30 Início da cirurgia: 12:50  
Termino da Anestesia: 12:50 Termino da cirurgia: 13:30

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

Anotação de Enfermagem:

Admitido em 90 acudido respondendo a situações, comissão, procurando no com  
uma antecipada de complicações e 12:30 admitido banguela feira brinquedos  
Experiência comum faltava um intrâno sacrum, pôde ser feita campon patente, volta  
de 100% muscular, mas de procedimento um interventorias 13:00 para pontos  
para a clínica nova Clínica. Fazendo 13:30 termino da cirurgia. 13:30 termino da cirurgia  
e saiu com 13:30 termino da cirurgia. 13:30 termino da cirurgia. 13:30 termino da cirurgia  
iniciando para RPI, mantendo curativo + sala gerada  
MSF limpo e seco, mas nortenizado e está cuidado.

Assinatura e Carimbo

Posicionamento do Paciente

<input checked="" type="checkbox"/> Dorsal	<input type="checkbox"/> Lateral D	<input type="checkbox"/> Trendelenburg	<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Fowler	<input type="checkbox"/> Semi Fowler	<input type="checkbox"/> Lateral E
<input type="checkbox"/> Próctico	<input type="checkbox"/> Litotomia	<input type="checkbox"/> Coxim	Local do coxim: _____			

Contagem Instrumental: Quantidade Inicial conforme caixas Quantidade Final conforme caixas

DISPOSITIVO UTILIZADO:

<input type="checkbox"/> Acesso Venoso Central	<input type="checkbox"/> Colchão térmico	<input checked="" type="checkbox"/> Manguito PANI	<input type="checkbox"/> Placa neutra
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso Periférico <u>NED</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 laringea	<input type="checkbox"/> Sondas
<input type="checkbox"/> Cetoter do Oxigênio	<input type="checkbox"/> Intubação	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Outros

Placa de Bisturi



( verificar condições de pele, posicionar placa o mais distante do local cirúrgico em área muscular, superfície entre distâncias de placas metálicas (segundo protocolo)

Eletrodo:



Manguito PANI

Placa neutra

Oxímetro:



Drenos

Manta térmica

Garrote Pneumático Início: 0 h Final: 0 h

Máscara laringea

Sondas

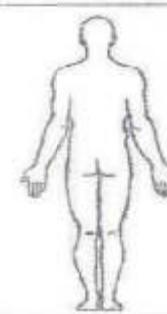
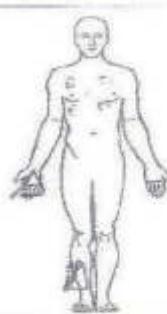
Smarch Início: 12:30 h Final: 13:36 h

Oxímetro de Pulso

Outros

Hemoderivados:  Concentrado de Hemácias

Plaquetas



Desinfecção:  PVPI Desgermante

Cloroxidina Desgermante

Antissepsia:  PVPI Tópico

PVPI tintura

Cloroxidina aquosa

Cloroxidina alcoólica

CONTROLE DE COMPRESSAS E AGULHAS

Compressas Fornecidas: \_\_\_\_\_ Recolhidas: \_\_\_\_\_

Agulhas Fornecidas: \_\_\_\_\_ Recolhidas: \_\_\_\_\_

CHECK LIST na Sala Cirúrgica		ELETIVO	UCA
Utilização material de OPME ( empresa )		Sim	Não
Posicionamento correto do paciente		Sim	Não
Colocado placa de bisturi corretamente		Sim	Não
Houve algum problema com os equipamentos que deva ser resolvido? Qual?		Sim	Não
Confirmado colocação de protetores obstrutórios no paciente		Sim	Não
Confirmado antibióticoterapia		Sim	Não

Biopsias identificadas: S N Quantidade: 0

Realizado conferência e cartão reposição do material consignado? Sim Não Não se aplica

Cirurgia realizada: Cavecto de apêndicite alta pura



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATORIA (SAEP)

Nome do Paciente:

*Marcos Antônio M. de Paula*

COLE AQUI A ETIQUETA

Data de nasc.

*27/07/73*

Sexo:  Feminino

Masculino

RH:

*570240*

Cirurgia Proposta:

*MAB Csg.*

CHECK LIST DO PACIENTE CIRÚRGICO

(X) AMBULATÓRIO

( ) VISITA PRÉ DE ENFERMAGEM

	ELETIVO		UCA			
	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA
Confirmado dados do paciente ( Nome/Data nasc / RH )	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA
Confirmado procedimento a ser realizado	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA
Conferido consentimento informado preenchido e assinado ( anestésico / transfusão )	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA
O paciente tem conhecimento do procedimento a ser realizado	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA
Conferido exames pré-operatório	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA
Avaliação pré-anestesica	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA
Avaliação do Cardiologista	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA
Verificado alergias - Qual(ais)?	<i>Nopas</i>		SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	NÃO SE APPLICA
Realizada reconciliação medicamentosa	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA
Indicado se foi feita a reserva de hemoderivados ( se pertinente )	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA
Reservagem sanguínea	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA
Solicitado reserva de vaga de UTI ( se pertinente ) no aviso cirúrgico?	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA
Confirmado cirurgia no mapa cirúrgico	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA	SIM	NÃO	NÃO SE APPLICA

ANOTAÇÕES: *Grupo Odontológico da Unidade 2010 +*  
*19/10/16 Pone visita pré-operatória de enfermagem* *Assinatura e Carimbo*  
*Confirma cirurgia no mapa e não na reserva de*  
*hemoderivados e vaga de UTI. Pomes*

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE INTERNACÃO

Jejum: ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim: a partir de <i>022</i> h <i>00</i> min.	Solução de maltodextrina às <i>h</i> <i>min.</i> Data: <i>/ /</i>
---	---

Retirada de Prótese Dentária	SIM	NÃO	Confirmado esvaziamento vesical	SIM	NÃO
Retirada de Roupa Intima	SIM	NÃO	Coleta de sangue	SIM	NÃO
Retirada de Esmalte	SIM	NÃO	Identificação ( Pulseira Branca com Nome completo / CRM e D.O.)	SIM	NÃO
Retirada de adornos	SIM	NÃO	Integridade da pele	SIM	NÃO
Retirada de cabelos artificiais	SIM	NÃO	Presença de lesão - Local	SIM	NÃO

EXAMES COMPLEMENTARES

( ) RX	( ) U. Suri	( ) Cat	( ) Tomografia	( ) Ressonância	( ) ECG	( ) GLIC
( ) HB	( ) HT	( ) PLAQ.	( ) LEUC.	( ) TC	( ) TS	( ) BILI
( ) TGO	( ) TGP	( ) Outros:				

SINAIS VITais

Hora	PA	FC	FR	Saturação	T°	
:	/ mmHg	bpm.	- rpm.	%	-	<i>Corrigido Automatizado</i>
:	/ mmHg	bpm.	- rpm.	%	-	<i>Corrigido Automatizado</i>

ANOTAÇÕES:

Encaminhando o Paciente da Unidade *Dida* para o Centro Cirúrgico às *12:00* h

Enfermagem: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_

Responsável pelo transporte: *W.W.* 12h00 00 COREN: \_\_\_\_\_

**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) Leônio Nogueira e equipe de  
anestesiologia a realizarem o seguinte procedimento: Cirurgia de

Saigiro Nakamura Pintor (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 c/ou necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

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

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

Assinatura: Leônio Nogueira() Paciente    () Responsável

*Cópia Antenominal*  
Profissão: Marcos Andrade Voller  
Sexta-feira / 10 / 03 / 17  
Assinatura: Leônio Nogueira  
Data: 10/03/2017  
Local: Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence

**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): Leônio Nogueira \_\_\_\_\_.

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

São José dos Campos 23 / 03 / 17.



Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence

OSS / SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



Página 3/3

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D.  
RM: 0000570240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

MAE: ANTONIA JOSE DE PAULÁ  
DT NASC : 23/07/1973 SEXO : M IMP.: 10/08/2016 20:18

No. 6

RH:

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ N° de Filhos: \_\_\_\_\_

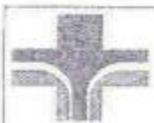
Religião: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Naturaleza: \_\_\_\_\_ Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_

Naturalidade: Brasileiro Diagnóstico: Leito: 403

Data: 10 / 04 Ano: 2010 Clínica: 10

HISTÓRIA DA MOLESTIA ATUAL	LISTA DE PROBLEMAS						
<p><i>PO corrigeu urinales fracut corpo da gr</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PROBLEMAS IDENTIFICADOS</th> <th>INÍCIO DA ABORDAGEM</th> <th>TÉRMINO DA ABORDAGEM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rinco de infecção</li> <li>Inabilidade física prejudicando msse</li> </ul> </td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	INÍCIO DA ABORDAGEM	TÉRMINO DA ABORDAGEM	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rinco de infecção</li> <li>Inabilidade física prejudicando msse</li> </ul>		
PROBLEMAS IDENTIFICADOS	INÍCIO DA ABORDAGEM	TÉRMINO DA ABORDAGEM					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rinco de infecção</li> <li>Inabilidade física prejudicando msse</li> </ul>							
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Diabetes</li> <li><input type="checkbox"/> Cardiopatias</li> <li><input type="checkbox"/> Doenças Infecto Contagiosa</li> <li><input type="checkbox"/> Outras doenças</li> <li><input type="checkbox"/> Tabagismo</li> <li><input type="checkbox"/> Etilismo</li> <li><input type="checkbox"/> Drogas</li> <li><input type="checkbox"/> Cirurgia Anterior</li> <li><input type="checkbox"/> Alergia</li> <li><input type="checkbox"/> Antecedentes Familiares</li> </ul>							
<b>MEDICAÇÃO EM USO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>							
<b>OUTRAS INFORMAÇÕES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>							



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

- NOME DO PACIENTE: Marco Antônio Maquev de Paiva
- DATA DA CIRURGIA: 10/08/16
- INTERNAR ÀS 09 :00 HORAS DO DIA 10/08/16.
- TIPO DE CIRURGIA Outodexe + Salve Kapomby
- JEJUM A PARTIR DAS 00 :00 DA VESPERA DA CIRURGIA DO DIA 09/08/16
- PROCURAR O SETOR DE INTERNAÇÃO NA RECEPÇÃO 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 , DESODORANTES 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(CANECAVON, MEGA HAIR, ETC) RETIRAR ANTES DA DATA DE INTERNÇÃO.
- CASO HAJA DESISTÊNCIA DA CIRURGIA POR PARTE DO PACIENTE FAVOR NOS INFORMAR ALGUNS DIAS ANTES(PESSOALMENTE)

16 FEV 2017

Dr. Marco Antônio Maquev de Paiva  
Assistente Cirúrgico  
Hospital Municipal Dr. José Carvalho de Florence

Autenticação  
Hospital Municipal Dr. José Carvalho de Florence  
Assistente Cirúrgico  
Dr. Marco Antônio Maquev de Paiva  
Assistente Cirúrgico  
16/02/2017



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

Internacional  
10/08

**FICHA DE INTERNACÃO-SUS**

Número do Atendimento: 1608015004



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

RH: 0000570240

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

São José dos Campos, 10 de Agosto, 2016

ANTONIA ELENILGE MARQUES DE PAULA

RG : 23447300-9

## **TERMO DE AUTORIZAÇÃO - I**

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

São José dos Campos, 10 de Agosto, 2016

ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULI

RG : 23447300-9

## **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 respeitado este seu direito.

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, 2018

Responsável: ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA  
Documento: RG - 23447200-8

Fucionário: 6405402\_C1\_EISUL\_ARADESP/1-2020

120



## 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 26/03/2014

Endereço.....: R DIAMANTINA,490

FONE: (129) 8820-2039

Ponto de Referência:

CEP...: 12220-663

Código-Bairro: 0000 - JARDIM ISMÊNIA

Estado: SP

Código-Cidade: 354990 - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

### Dados do Responsável pela internação

me.....: ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA

Sexo.....: FEMININO

Cor.....: BRANCA

Est. Civil..: SOLTEIRO

Nacionalidade: BRASILEIRA

Profissão: VENDEDOR DE COMERCIO ATACADISTA

Telefone.....: 0 -

Documento.....: RG : 23447300-9

Residência.....: O MESMO,

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, consultares ou outros complementares de assistência devida ao paciente

Registrante: SANTOS

Alterado por:

Assinatura do Responsável



16/08/2016

**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 ás 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  
- Médica - 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: (83) 992232909 / (83) 992714005 SINISTRO: \_\_\_\_\_

**Obs.: Pedido de Perícia através da Seguradora Líder, conforme Circular 099/2011.**

Anexos:

I – BAM:

Sim  Não

II – Prontuário Médico:

Sim  Não

III – Declaração de Internação e Alta:

Sim  Não

19/07/2017

IV – Certidão do Corpo de Bombeiros:

Sim  Não

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 Antônio Marques de 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 4º da Lei 1060/50, e artigo 1º da Lei 7115/83 que é pessoa reconhecidamente pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições de arcar com às 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**





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCIO DEMO RAIS PALHARES

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

CPF nº 389480388-50, 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:

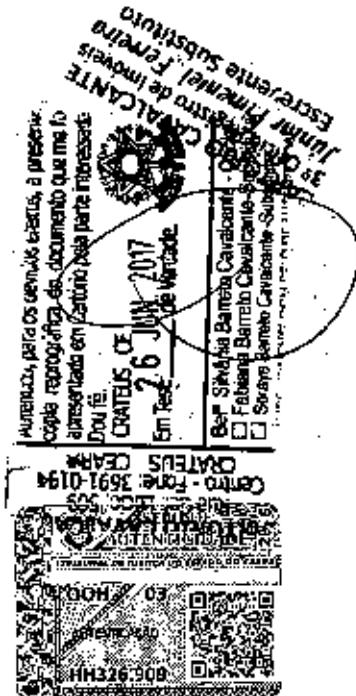
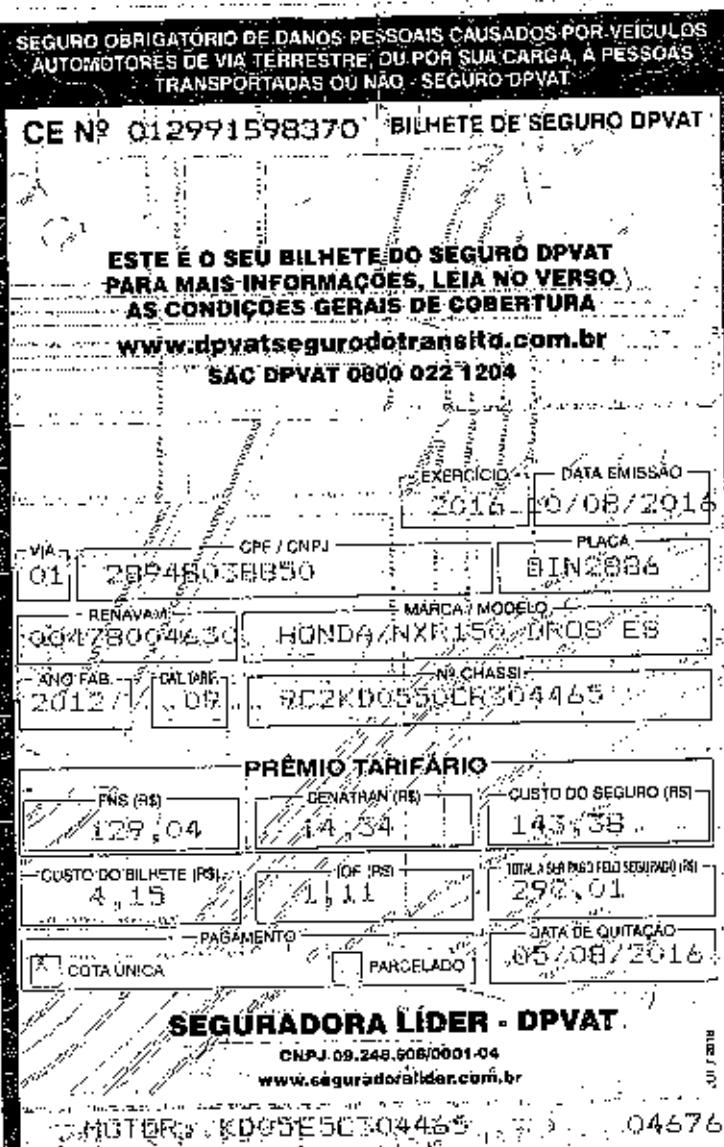
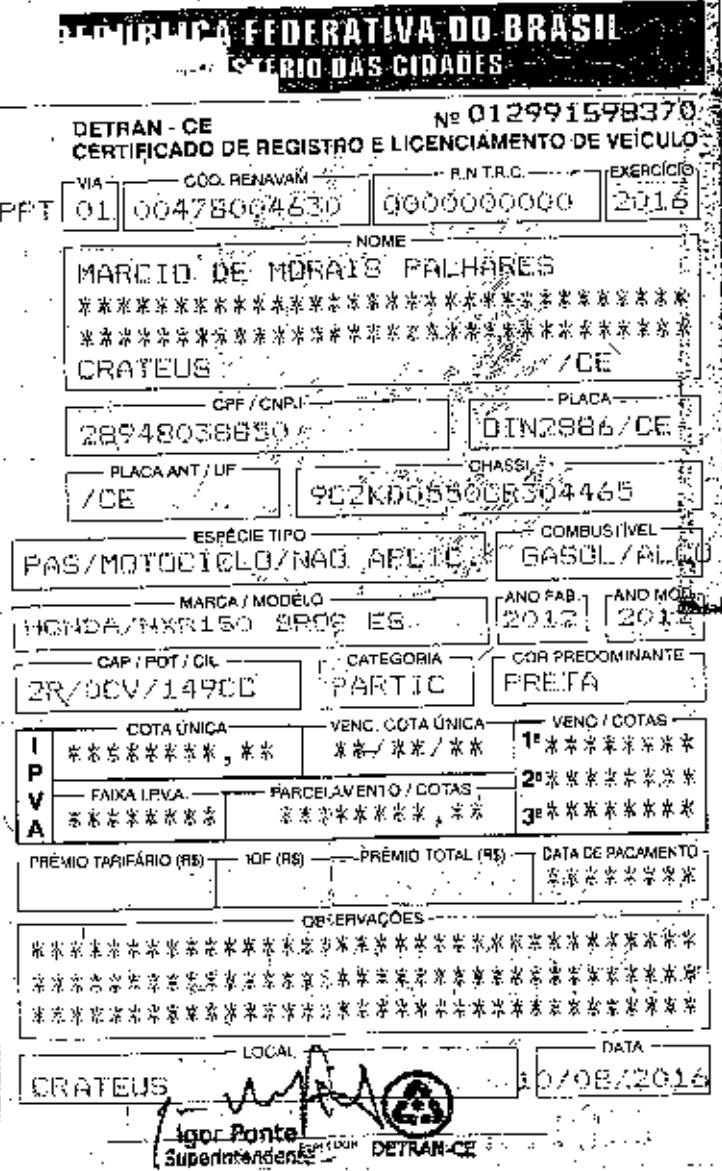
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Juiz Vidal da Penha</u>
Número	<u>2327</u>
Apto / Complemento	<u>esq</u>
Bairro	<u>Fátima I / Ponte Preta</u>
Cidade	<u>Bratislava</u>
Estado	<u>Leiria</u>
CEP	<u>63700-000</u>
Telefone de Contato	<u>79 OUT 2017</u>
E-mail	<u>mario.juris@hotmail.com</u>



Por ser verdade, firma-me.

Local e Data: Bratislava, le 17 de agosto de 2017

Assinatura do Declarante: Marcio de Moraes Palhares





-0012-

REDAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
ESTADUAL DE PERNAMBUCO  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADUAIS  
CATETO - AÇAIA - DE HABILITACAO

Nome: ANDREEZA MARIA ALMEIDA MELO DA MATA

DOC. NÚMERO: 0002005164769 SSP - CEB

CPF: 500.189.963-02 DATA Nascimento: 20/09/1987

AMIGO: EDVALDO MARTINS DA MATA  
MARIA DULCINEIDE ALMEIDA MELO DA MATA

PERÍODO: 01/10/2017 - 10/02/2018

SEN. OBSERVAÇÃO:

631258165

DATA EMISSÃO: 17/10/2017

ICM: CHATEUB, CE

96813556024  
CE130753081

FRANCISCO JULIO RIAS CAVALCANTI  
PROFESSOR DE CIÊNCIAS

ESTADO DE PERNAMBUCO

SAPENI SISG. PERNAMBUCO

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**

Dígito 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**



15.007.777

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

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

Sinistro : 34 70 56 99 34



DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

34.213.211-8 26/MAR/1971

MARCOS ANTONIO MARQUES DE  
PAULA

ANTONIO MARQUES DE PAULA

ANTONIA JOSE DE PAULA

CRATEUS - CE

23/JUL/1971

CRATEUS - CE

POTI

CM-LV.A006/FLS.0240/N.0090-1

0006533/34

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA  
ESTADUAL DO CEARÁ

REGISTRO PLASTIFICADO



2-008



00000000000000000000000000000000

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 34.213.211-8 EXPEDIDAS 26/MAR/2014

NOME MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
PAPEL MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA  
E ANTONIA JOSE DE PAULA

MUNICÍPIO CRATEUS - CE DATA DE Nascimento 23/JUL/1973

CNPJ CN: LV.A006/PLS.0240/N.009013  
540006533/34

LEI Nº 7.116 DE 29/06/63



ESTADO DE SÃO PAULO 8400-6

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIDADE

PROTÓTIPO PLÁSTICO

PROTEGENDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

*05/Pass*



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**

Dígito 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.)

BRASÍLIA  
2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

30. Maria & Werner P. Hansen

RG nº 38.380.132-9, data de expedição 09/06/2006  
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 281.480.388-50, com  
domicílio na cidade de Brumado, no Estado de  
Bahia, 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  
mentionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
víctima Marcos Antônio Marques, P, cujo o condutor era  
Carlos Alberto Nunes Moreira.

#### **Vehicle Maintenance Log**

Modelo: B652/NX9.190 SS

Ano: 2016/6

Página: 67 de 2336

Chassi: 9C2KDR06500830446

Data do Acidente: 12/04/2011

### Local e Data:

[View Details](#) [Edit](#) [Delete](#)

Marcio de Moraes Pathres

**Assinatura do Declarante**

*(Assinatura do Condutor / caso seja um terceiro que não a vítima, certamente de sinistro)*

02

UNIVERSITÀ  
DE PIAZZA  
N° C1 2668

Document Generated 26 APR 2018

2. Ставко Бенчичъ до Николај 15. 11.  
1914 г. № 1611168. № 1621-3  
София - 1914 г.



**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 0005164769, expedido por SSP/CE, em 17/10/12, CPF/CNPJ nº 600189963-02 na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDOES da vítima MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recebedor Renda Mensal: R\$ Recebido

Documentos comprobatórios: Recebido

x Andrezza M. Almeida Melo da Maia  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIARIO

SABEMI SEGURADORA S/A
19 OUT 2017
RECEBIDO



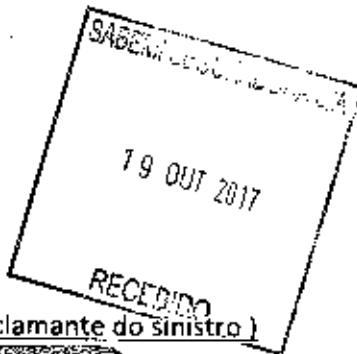
## Declaração do Proprietário do Veículo

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 8327,  
complemento CASA, 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 ANTONIO MARQUES PAULA cujo o condutor era

Veículo: Honda  
Modelo: Honda / NXR150 Bros - ES  
Ano: 01/2012  
Placa: 3012  
Chassi: 9C2KDOSS0CR304465  
Data do Acidente:  
Local e Data: 18/01/2017 Bratús/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)

