
Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190017567

Vítima: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190578506

Vítima: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190578506

Vítima: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190578506

Vítima: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 26/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000004758

Conta: 000008504-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF (da vítima): 144.984.364-66 Nome completo da vítima: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

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

Nome completo: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO CPF: 144.984.364-66
Profissão: REC INF Endereço: RUA DA LIBERDADE Número: 54 Complemento: CASA
Bairro: PAO DE AÇÚCAR Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE Estado: PE CEP: 55790-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9665-0454

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4758 CONTA: 8504 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 26/12/28

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROR

Marcus Vinicius Beserra do Nascimento
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ARUANA SEGURADORA
Assinatura

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190578506
Nome do(a) Examinado(a): Marcus Vinicius Beserra do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua da Liberdade, 54
Pao de Acucar Taquaritinga do Norte PE CEP: 55790-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 8731533
Data local do acidente: [26/10/2018]
Data local do exame: [21/10/2019] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE TORNOZELO E FRATURA DE NAVICULAR A DIREITA

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO E OSSO NAVICULAR COM PLACA E PARAFUSOS NO TORNOZELO E COM PARAFUSO NO NAVICULAR

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE

Data da Alta: 05/09/2019

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

**LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM TORNOZELO DIREITO (DORSIFLEXÃO DE 15 GRAUS DE ADM E FLEXÃO PLANTAR DE 35°)
NAVICULAR COM ARCO DE MOBILIDADE ARTICULAR SEM ALTERAÇÕES**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR EM TORNOZELO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o 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 (*).

☐ () "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Jackson Siqueira Florêncio Júnior
Especialista em Traumatologia
CRM - PE 18.573
TEOT 13921



POLÍCIA DE PERNAMBUCO
Luiz Carlos Dias Yanes Jr.
AGENTE DE POLÍCIA
387.522-9

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE -
DP130ªCIRC DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0220000859

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/12/2018** às **15:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **26/10/2018** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, BR-104 (PRÓXIMO A VILA DO SOCORRO)** - Bairro: **CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
IRIS IRENE BESERRA (OUTRO)
MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO**

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

IRIS IRENE BESERRA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRIS IRENE BESERRA Pai: CLAUDIO DE LIMA NASCIMENTO Data de Nascimento: 20/2/2000 Naturalidade: TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8731533/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: - 81992797347

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 388, RUA DA LIBERDADE (LOTEAMENTO CRUZEIRO) - DISTRITO DE PÃO DE AÇÚCAR - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL, DUAS RUAS POR TRÁS DA JOELIK**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IRIS IRENE BESERRA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEC4394** (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE) Chassi: **9C2ND1110FR016385**

Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **RENAVAM: 1047811357**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE, NO DIA 25 DE OUTUBRO, POR VOLTA DAS 14 HORAS E 30 MINUTOS, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PEC-4394 PELA BR-104 NO SENTIDO DISTRITO DE PÃO DE AÇÚCAR AO MUNICÍPIO DE TORITAMA/PE, E, AO TRAFEGAR NAS IMEDIAÇÕES DO POVOADO DE VILA DO SOCORRO DESTE MUNICÍPIO, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E COLIDIU COM UM CAMINHÃO QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO. EM DECORRÊNCIA DISSO, SOFREU LESÕES GRAVES EM SUA PERNA DIREITA (CONFORME LAUDO MÉDICO). LOGO APÓS, FORA SOCORRIDO POR UMA UNIDADE DO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA NO MUNICÍPIO DE TORITAMA/PE, E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FORA TRANSFERIDO AO HOSPITAL DA UNIMED NO MUNICÍPIO DE CARUARU/PE, ONDE FORA SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO.

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

Marcus Vinícius Bezerra do Nascimento
MARCUS VINÍCIUS BEZERRA DO NASCIMENTO
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **LUIZ CARLOS DIAS YANES JUNIOR** Matrícula: **3875229**

LMJ
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
Luiz Carlos Dias Yanes Jr.
AGENTE DE POLÍCIA
387.522-9

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF (da vítima): 144.984.364-66 Nome completo da vítima: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

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

Nome completo: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO CPF: 144.984.364-66
Profissão: REC. INF Endereço: RUA DA LIBERDADE Número: 54 Complemento: CASA
Bairro: PAO DE AÇÚCAR Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE Estado: PE CEP: 55790-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9665-0454

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 4758 CONTA: 8504 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 26/12/28
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RORP

Marcus Vinicius Beserra do Nascimento
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU DE 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ARUANA SEGURADORA
Assinatura



DECLARAÇÃO

Toritama, 19 de dezembro de 2018

Declaro para devidos fins em atenção ao pedido do Sr. **MARCOS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO** CPF: 144.984.364-66 e RG: 8.731.533 SDS-PE que consta nos registros de ocorrências N°0513 do SAMU Toritama atendimento realizado por esse serviço o mesmo, no dia 26 do mês de outubro do ano de 2018 às 14hs:55min no Endereço : BR 104 com queixa de **COLISÃO MOTO E CARRO**. Tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, encaminhado ao HMSF na cidade de Toritama-PE.

De acordo com o registro de informações do SAMU foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Responsável

Recebi esta declaração do SAMU Toritama-Pe -----/-----/-----

Ana Paula de Assis
Coord. Samu Toritama
GP: 0100/2017

Ana Paula Silva de Assis
Coordenadora do Samu Toritama-PE
Port.GP 0100/2017

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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 000000008504-3

Nr. da Autenticação 7D4BFEEFC2A2AFBDD

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1403984583

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 118 | PRONTIDÃO 118
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 6142
Ouvidoria: 0800 282 5595
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0187-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 157-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! CLAUDIO DE LIMA NASCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO 10/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/09/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 03/09/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 075626143	CONTA CONTRATO 4009089573 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
ENDEREÇO RUA AIRTON SENNA 252 -PAO DE ACUCAR/PAO DE ACUCAR -55790-000 TAQUARITINGA DO NORTE PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 110,18		
PERÍODO CONSUMO 03/08/2019 a 03/09/2019	CONSUMO 117		

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 24,46

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

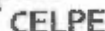
Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4009089573	MÊS/ANO 09/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 110,18	VENCIMENTO 10/09/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
-------------------------------------	---------------------------	------------------------------------	---------------------------------	---

838100000019 101800110042 009089573106 142218709937



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



CHP: 10.815.502/001r-JR | Ins. EsL 0208943-03 | www.cadpa.com.br

*Seguindo a linha de pensamento de que a educação é o caminho para o desenvolvimento econômico e social, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) criou o Programa de Apoio à Pesquisa em Educação (PAPE), com o objetivo de fomentar pesquisas em educação e promover a interação entre pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento. O PAPE é um programa de apoio financeiro a projetos de pesquisa em educação, com foco em áreas como pedagogia, psicologia, sociologia, filosofia, história, geografia, artes e ciências humanas. O programa oferece recursos para a contratação de pesquisadores, a realização de eventos, a publicação de livros e a produção de materiais didáticos. O PAPE é uma iniciativa pioneira no Brasil e tem sido muito bem-sucedida, com muitos projetos sendo financiados e resultados positivos alcançados.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de **profissão e renda**, 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**².

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

² 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534-1 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCUS VINICIUS BEZERRA DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.984.364 / 66 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCUS VINICIUS BEZERRA DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>		Telefone comercial(DDD) <u>81-99665-0454</u>	Telefone celular (DDD) <u>81-98133-5022</u>

TAQUARITINGA 03 de OUTUBRO de 2019
DO NORTE Local e Data

Eduardo José de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, IRIS IRENE BESERRA,

RG nº 7534500, data de expedição 07/04/04,

Órgão SDSI/PE, portador do CPF nº 03043685474, com domicílio na cidade de TAQUARITINGA DO NORTE no Estado de PERNAMBUCO,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA DA LIBERDADE, PAO DE AÇÚCAR, nº 54, 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 MARCUS VINÍCIUS BESERRA DO NASC. cujo o condutor era MARCUS VINÍCIUS BESERRA DO NASC.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA XRE 300

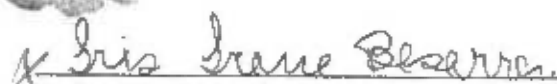
Ano: 2015

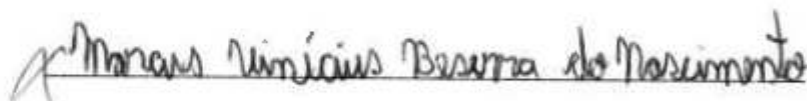
Placa: PEC4394

Chassi: 9C2MD1110FR016385

Data do Acidente: 26/10/18

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 18/12/2018


Assinatura do Declarante



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



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL
PAÇO DE AÇÚCAR - TAQUARITINGA DO NORTE - PE
BELA MARIA APARECIDA DE QUEIROZ TAVELIA
JEANE TAVARES FERREIRA ROLIM - ESCRITURANTE AUTORIZADA





ENDEREÇO COMPLETO: RUA IBICUI 15, MAURICIO DE NASSAU, CARUARU PE.

TELEFONE: 81 37232286

LAUDO

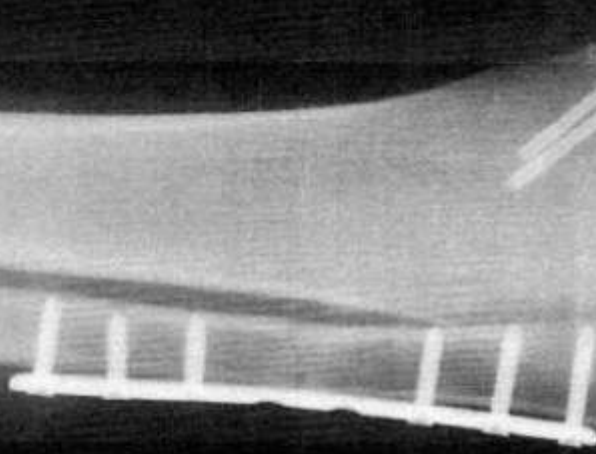
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O **SRO.** MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO, ESTA DE ALTA DO TRATAMENTO DO TORNOZELO DIREITO.


MARCIO LACERDA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 19148

CARUARU 25 DE SETEMBRO DE 2019

Nome do paciente: MARCUS VINICIUS BESERRA DU LINDENWEITZ
Prontuário do paciente: 45841
Data do estudo: 20/12/2018
Hora do estudo: 15:07:46
Exposição relativa aos raios X: 1323

R



Nome da instituição: Pronto Orto

Caresstream Health, Inc
Escala: 79%

Nome do paciente: MARCUS VINICIUS BESERRA DU LINDENWEITZ
Prontuário do paciente: 45841

Data do estudo: 20/12/2018
Hora do estudo: 15:07:48
Exposição relativa aos raios X: 1439

R



Nome da instituição: Pronto Orto

Caresstream Health, Inc
Escala: 79%



FOLHA DE ADMISSÃO

Identificação do Paciente

Nome: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Prontuário: 119508

Data Nasc.: 20/02/2000 C Idade: 18

Sexo: MASCULINO

CPF: 14498436466

RG: 8731533

Mãe: IRIS IRENE BESERRA

Endereço: RUA DA LIBERDADE

Nº: 008

Bairro: CENTRO

Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE

Estado: PE

CEP: 55790000

Telefone: 992797347

Celular: 998350216

Profissão:

Internar Para:

Convênio: UNIMED RECIFE

Plano: ENFERMARIA

Carteira: 0345506009801003

Numero da Guia:

Unidade de Internação: INTERNAMENTO 2 - HUC

Leito: APTO. 21 - LEITO A

Médico(a): CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO

Atendimento: 744971

Data Int.: 01/10/2018 00:02:00

Assinatura do Usuário:

Marcus Vinicius B. dos Nascimento

HISTORICO

ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES FAMILIARES

EXAME FISICO

HIPOTESE DIAGNOSTICA

CONDUCTA

ALTA

☒ 1.1 Curado ☐ 1.2 Melhorado ☐ 1.3 Inalterado ☐ 1.4 a Pedido ☐ 1.5 Int. p/ Diagnóstico ☐ 1.6 Administrativa ☐ 1.7 Indisciplinada
☐ 1.8 Evasão ☐ 1.9 Complementação Tratamento Ambulatorial ☐ 3 Transferência ☐ 4 Óbito c/ Necropsia ☐ 4 Óbito s/ Necropsia

Carimbo e Assinatura do Médico



Membro da Aliança
Cooperativa Internacional

"Seu compromisso e credibilidade para a Unimed Recife é a nossa prioridade"

ANS - nº 340952



TERMO DE RESPONSABILIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO Prontuário: 119508
Data Nasc.: 20/02/2000 Idade: 18 Sexo: MASCULINO CPF: 14498436466 RG: 8731533
Mãe: IRIS IRENE BESERRA
Endereço: RUA DA LIBERDADE Nº: 888
Bairro: CENTRO Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE Estado: PE
CEP: 55790000 Telefone: 992797347 Celular: 998350216 Profissão:
Convênio: UNIMED RECIFE Plano: ENFERMARIA Carteira: 0345506009801003 Numero da Guia:
Especialidade: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA Médico: CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO
Atendimento: 744971 Data Int.: 27/10/2018 00:02

DADOS DO RESPONSÁVEL

Responsável: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO Telefone: 992797347
RG: 8731533 CPF: 14498436466 Endereço: RUA DA LIBERDADE
Bairro: CENTRO Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE Estado: PE

Pelo presente termo particular de responsabilidade, declaro para todos e quaisquer fins de direito, a minha total responsabilidade pelas obrigações de natureza pecuniária decorrente da prestação de serviços hospitalares de internação e/ou tratamento, inclusive os serviços e medicamentos fornecidos por terceiros. Neste ato, declaro e assumo a minha condição de devedor principal e/ou solidário pelo pagamento integral de todas as despesas hospitalares, decorrentes da responsabilidade que me obriguei, inclusive o pagamento dos depósitos prévios exigidos pelo hospital, com validade por tempo indeterminado de acordo com os valores apurados por ocasião da alta ou saída do Paciente do Hospital, me responsabilizando também, em caso de não pagamento no prazo estabelecido, pelos juros de mora (1%), atualização monetária, despesas de cobrança, multa de mora (2%), custas processuais e honorários advocatícios dos patronos da credora, os quais ficam arbitrados o percentual de 20% sobre o valor cobrado. Autorizo HOSPITAL UNIMED CARUARU, a emitir títulos de crédito resultante da prestação dos serviços acima aludidos, comportando principal e acessórios, ficando reconhecida a minha dívida para com esta entidade, considerando-se o presente termo, para todo e qualquer fim de direito, como INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO HOSPITALAR CUMULADO COM CONFISSÃO DE DÍVIDA, estando revestido das prerrogativas previstas no inciso II, do artigo 585 do código de processo civil, valendo como título executivo extrajudicial, pelo que assino o presente termo juntamente com duas (02) testemunhas abaixo transcritas, que a tudo presenciaram.

Caruaru, 27/10/2018

Assinatura do Paciente

HOSPITAL UNIMED CARUARU

Assinatura do Responsável

Assinatura da Testemunha

Assinatura da Testemunha

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

Tipo	Código	Unidade	Descrição
Banco	01	10	Contrato de Manutenção - Banco
Serviço	02	10	Contrato de Manutenção - Serviço
Materiais	03	10	Contrato de Manutenção - Materiais
Outros	04	10	Contrato de Manutenção - Outros

AValiação Pós-Anestésica

repares vultures

251548

11DA134:

192

ACORDAMENTO REALIZADO:

[illegible]

RESPIRAÇÃO

3. ALTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR
4. RESPIRAR COM RESPIRAÇÃO LIMITADA
5. CIANÓTICO

CLANDESTINE

SATURACÃO DE OXIGÊNIO

SOLUÇÕES PARA RECEBENDO AR AMBIENTE
ECONOMIA DE ENERGIA PARA MAIS COMFORTO
PROTEÇÃO CONTRA A CONTAMINAÇÃO DO AR.

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 385–390

ATIVIDADE MUSCULAR

2. APRI PARA MOVER AS 4 ENTREGAS DE
2. APRI PARA MOVER 24 ENTREGAS DE
2. APRI PARA MOVER 1 ENTREGA DE

10 AFTER PAIR A MOVER 1 ENTERS ROOM

CONCLUSIONS

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Chloro

A. B. KANTOR, S. A. KONTSEVOY

11.2

1546 6.25 [1.5] [2.5]

☐ ACCORDANTE
☐ SCONCORDANTE

☐ ADVERSELY
☐ INTERBAND

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA

PACIENTE: Marcos A. B. Nascimento
ATENDIMENTO: 449911 LEITO DE ORIGEM: 01 DATA: 2/10/15 HORA: 14h
CIRURGIA: Fraatura Peroneo CIRURGIÃO: Dr. Claudio Raposo

Autorizo a realização do (s) seguinte (s) procedimento (s) invasivo (s) e/ ou cirurgia (s):

Fraatura Peroneo

Indicado pelo Dr. (a) abaixo mencionado (a) e sua equipe, médicos (as) cooperados (as) no HUC.

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ ou cirurgia a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente.

Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente.

Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

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

3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. Declaro que recebi as explicações, li, compreendi e concordo com o exposto acima e que me foi dada a oportunidade de questões que julgo importantes.

Paciente/ Responsável: _____ Grau de parentesco: _____
Assinatura: _____ Identidade: _____

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

Expliquei todo procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu atendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

RISCOS ASSOCIADOS:

Nome do médico (a): Dr. Claudio Raposo
Assinatura: [Assinatura] CRM: 2915

TERMO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Eu, _____, Responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Unimed Caruaru até sua residência.

F(NG).ACIR.015

Sito Cirurgico Correto

Cirurgião: _____ Paciente: _____ Profissional: _____

Primeira Consulta Ambulatorial

Avaliação Especialista - Ambulatório

Data: _____

Assinatura do Profissional responsável: _____

Assinatura do Médico: _____

Especialista Médico - Admissão

Data: 26 / 10 / 2013

Assinatura do Médico: _____

Claudio Raposo
Ortopedia
CRM 2973

Enfermeiro - Admissão

Data: _____

Assinatura do Enfermeiro: _____

Internação para Cirurgia

Data: _____

Assinatura do Profissional responsável: _____

Marcacão na Pele

Assinatura do Profissional responsável: _____

Anestesiologista

Data: _____

Assinatura do Anestesiologista: _____

Enfermeiro

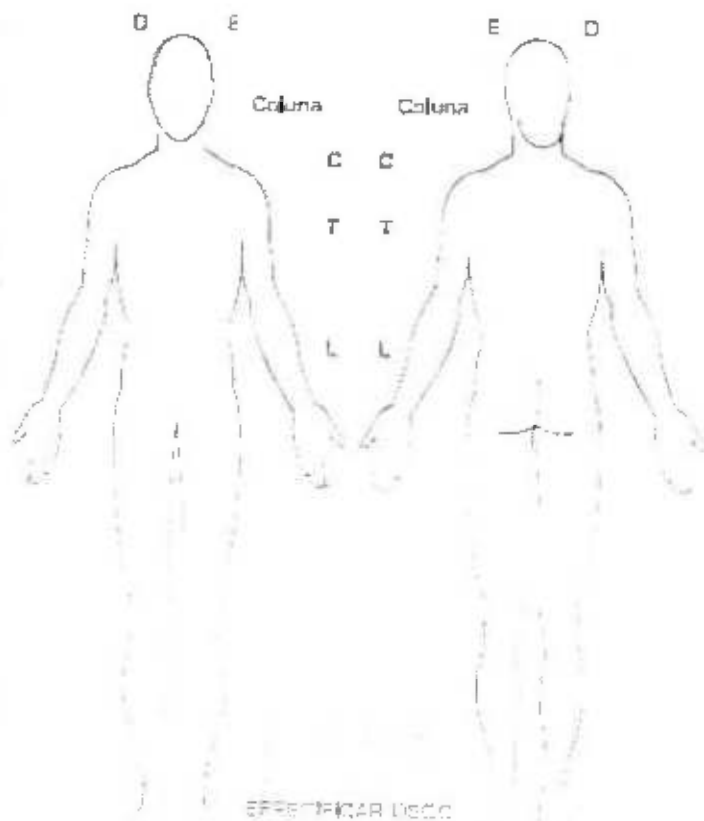
Data: _____

Assinatura do Enfermeiro: _____

Cirurgião

Data: _____

Assinatura do Cirurgião: _____



ESPECIFICAR DISCO

HOSPITAL UNIMED CARUARU

Nome do Paciente: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Dt. Nascimento: 20/02/2000

Nome da Mãe: IRIS IRENE BESERRA

Endereço: RUA DA LIBERDADE, Nº 880, PAO DE AÇÚCAR, Bairro
CENTRO TAQUARATINGA DO NORTE, PE

Médico do Atendimento: CRM: 19148 - MARCIO LACERDA

Data: 27/10/2018

Nº Atendimento: 744971 Nº Prontuário: 119508

Serviço: ORTOPEDIA E

Hora: 00:02

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

TIPO DE ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA CONTINUA

DATA DA CIRURGIA 08/11/2018

Equipe:

Cirurgião: MARCIO LACERDA CRM: Nº 19148

1º Auxiliar: luiz carvalho

Anestesista: ronaldo

2º Auxiliar:

Instrumentador: aldo-fabiano

DESCRIÇÃO DO CID PRINCIPAL

CLASSIFICAÇÃO:

S025 - FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL

LIMPA

PROCEDIMENTOS

tratamento cirurgico de fratura do tnz D + reparo de lesão ligamentar+ fratura do navicular + artrite cotovelo E

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1-DDH SOB ANESTESIA
- 2-ASSEPSIA+ANTISSEPISIA+CAMPOS
- 3-INCISÃO NA FACE LAT TNZ D + REDUÇÃO + FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA LCP 3,5MM + 06 PARAFUSOS DE BLOQUEIO
- 4-INCISÃO NA FACE MEDIAL TNZ D + ATROTOMIA + REDUÇÃO + PASSAGEM DE FIO 02 FIO GUIA + FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS CANULADOS 3,0MM SOB ESCÓPIA
- 5- REPARAÇÃO LIGAMENTAR COM FIO VICRYL 1,0MM
- 6- INCISÃO NA FACE ANT DO ANTE-PE D + TENÓLISE + PASSAGEM DE FIO GUIA NO NAVICULAR + REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM 01 PARAFUSO CANULADO 3,0MM
- 7- INCISÃO NA FACE POST COTOVELO E
- 8- ABERTURA POR PLANOS + ARTROTOMIA
- 9- DESBRIDAMENTO + FASCIOTOMIA + IRRIGAÇÃO COPIOSA
- 10+ SUTURA POR PLANOS + CURATIVO

Marcio Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM. 19148

MARCIO LACERDA CRM: Nº 19148

MÉDICO

HOSPITAL UNIMED CARUARU

Nome do Paciente: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO Dt. Nascimento: 20/02/2000
Nome da Mãe: IRIS IRENE BESERRA Endereço: RUA DA LIBERDADE, Nº 888, PAO DE AUCAR, Bairro
CENTRO TAQUARICUNGA DO NORTE, PE
Médico do Atendimento: CRM: 13925 - LUIZ ANTONIO DE Data: 27/10/2018
CARVALHO
Nº Atendimento: 744971 Nº Prontuário: 119508 Serviço: ORTOPEDIA E Hora: 00:02

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

1º DPO - TTO. CIRURGICO DE FRATURA - LUXAÇÃO DO TORNOZELO + FRATURA PÉ (NAVICULAR) A ESQ.

PACIENTE ESTAVEL SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS. SUBMETIDO A TTO. CIRURGICO ONTEM . EDEMA EM TORNOZELO ;
PERFUSÃO DISTAL PREESERVADA .

CD: RX DE CONTROLE

Dr. Luiz Antonio de Carvalho
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 13925 - TEOT: 11182
Cirurgia do Trauma Ortopédico/Quadri:



Paciente...: 119508 - MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Dt Nasc: 20/02/2000 (18a 8m 17d) Atendimento: 744871

Data: 06/11/2018 17:51

Peso.....

Altura:

Sup. Corporal:

Prescrição.: 951477

Convênio...: UNIMED RECIFE

Internação.: 27/10/2018 00:02

1ª VIA

Dias(s) Int: 10

Médico...: CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: INTERNAMENTO 2 - HUC Leito...: APT. 22 - LEITO B Cobertura: ENFERMARIA

Cid...: S826 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL Cida...: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA - CRM: 191140

FUNÇÃO: MEDICO(A)

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA LIVRE	1			VO	8h/8h	
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 ONDASETRONA 2MG/ML - AMPOLA 2ML Obs.: Infusão lenta em 20 minutos.	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
I-> CLORETO DE SODIO 0,9% - 100ML	1	FRASCO AMPOLA				
3 TRAMADOL 50MG/ML - 1ML Obs.: se dor	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
I-> CLORETO DE SODIO 0,9% - 100ML	1	FRASCO AMPOLA				
4 DAPIRONA 500MG/ML - 2ML Obs.: se dor	1	AMPOLA	S	IV	6h/6h	
I-> CLORETO DE SODIO 0,9% - AMPOLA 10ML	1	FRASCO AMPOLA				
5 DEXAMETASONA 2MG/ML - 1ML	1	AMPOLA		IV	12h/12h	

José Assis Filho
Enfermeiro
COREN-PE 428080

MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA
CRM 191140



Paciente...: 119508 - MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Dt Nasc: 20/02/2000 (18a Em 18d)

Atendimento: 744971

Data: 07/11/2010 21:09

Prescrição.: 952606

1ª VIA

Peso.....

Altura:

Sup. Corporal:

Convênio...: UNIMED RECIFE

Internação.: 27/10/2010 00:02

Dias(s) Int: 11

Médico...: CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: INTERNAMENTO 2 - HUC Leito...: APT. 22 - LEITO B Cobertura: ENFERMARIA

Cid...: S826 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL Ciclo...: /

Diagnóstico:

Protocolo...:

Classificação de Risco:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA - CRM: 19140

FUNÇÃO: MEDICO(A)

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Dados/Horários
1 DIETA LIVRE	1			VO	8h/8h	

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Dados/Horários
2 ONDASETRONA 2MG/ML - AMPOLA 2ML Obs.: Infusão lenta em 20 minutos. -> CLORETO DE SODIO 0,9% - 100ML	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
	1	FRASCO AMPOLA				
3 TRAMADOL 50MG/ML - 1ML Obs.: an dor -> CLORETO DE SODIO 0,9% - 100ML	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
	1	FRASCO AMPOLA				
4 DÍPIRONA 500MG/ML - 2ML Obs.: an dor -> CLORETO DE SODIO 0,9% - AMPOLA 10ML	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
	1	FRASCO AMPOLA				

MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA
CRM 19140

HOSPITAL UNIMED CARUARU

Nome do Paciente: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Dt. Nascimento: 20/02/2000

Nome da Mãe: IRIS IRENE BESERRA

Endereço: RUA DA LIBERDADE, Nº 888, PAO DE AUCAR, Bairro
CENTRO TAQUARITINGA DO NOITE, PE

Médico do Atendimento: CRM: 19148 - MARCIO LACERDA

Data: 27/10/2018

Nº Atendimento: 744971 Nº Prontuário: 119508

Serviço: ORTOPEDIA E

Hora: 00:02

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

HD: FX TNZ D

PCT EVOLUI ESTAVEL, COM QUEIXA DE DOR AO MOVIMENTAR O PE

NEUROVASCULAR PRESERVADO

CD: manter



Paciente...: 119508 - MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Id Nasc.: 20/02/2000 (18a 8m 19d)

Atendimento: 744071

Prescrição.: 953603

Data: 08/11/2018 22:10

Convênio...: UNIMED RECIFE

Peso...:

Altura:

Sup. Corporal:

Internação.: 27/10/2018 00:02

1ª VIA

Dias(s) ml: 12

Médico...: CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: INTERNAMENTO 2 - HUC Leito.: APTO. 22 - LEITO B Cobertura: ENFERMARIA

Cid...: S826 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL Cód...:

Diagnóstico:

Protocolo...

Classificação de Risco:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA - CRM: 19148

FUNÇÃO: MÉDICO(A)

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

☒ Alta Vigilância

☒ Alergia

☒ Antimicrobiano

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Dados/Horários
1 DIETA LIVRE	1			VO	8h/8h	

ANTIBIOTICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Dados/Horários
2 ☒ (D1/3) CEFAZOLINA 1G	1	FRASCO		IV	8h/8h	
Obs.: Reconstituir em 10mL de água destilada e diluir em 100mL de cloreto de sódio 0,9%. Infundir em 30 a 60 minutos. PROTEGER DA LUZ.						
-> CLORETO DE SODIO 0,9%						
- 100ML	1	FRASCO AMPOLA				
-> AGUA BIDESEILADA 10ML						
	1	AMPOLA				

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Dados/Horários
3 ONDASETRONA 2MG/ML - AMPOLA 2ML	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
Obs.: Infundir lento em 20 minutos.						
-> CLORETO DE SODIO 0,9%						
- 100ML	1	FRASCO AMPOLA				
4 TRAMADOL 50MG/ML - 1ML	1	AMPOLA		IV	8h/8h	
Obs.: se dor						
-> CLORETO DE SODIO 0,9%						
- 100ML	1	FRASCO AMPOLA				
5 DAPIRONA 500MG/ML - 2ML	1	AMPOLA	S	IV	6h/6h	
Obs.: se dor						
-> CLORETO DE SODIO 0,9%						
- AMPOLA 10ML	1	FRASCO AMPOLA				
6 CLORETO DE SODIO 0,9% - 500ML	1	FRASCO		IV	1 x ao dia	
7 TENOXICAM 20MG - FRASCO AMPOLA	1	FRASCO		IV	12h/12h	
Obs.: Reconstituir em 2mL de água destilada.						
-> AGUA BIDESEILADA 10ML						
	1	AMPOLA				

MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA
CRM 19148



Paciente...: 119508 - MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Dt Nasc: 20/02/2000 (18a 8m 20d)

Atendimento: 744971

Prescrição.: 953000

Data: 09/11/2018 15:59

Convênio...: UNIMED RECIFE

Internação.: 27/10/2018 00:02

Peso...: 65,00kg

Altura: 1,70m

Sup. Corporal: 23,0

Dias(s) Int: 13

Médico...: CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: INTERNAMENTO 2 - HUC Leito.: APT. 22 - LEITO B Cobertura: ENFERMARIA

Cid.: S826 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL Cido.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: LUIZ ANTONIO DE CARVALHO - CRM: 13925

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

☒ Alta Vigilância

☒ Alergia

☒ Antimicrobiano

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA LIVRE	1			VO	8h/8h	

ANTIBIOTICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 ☒ (O2/3) CEFAZOLINA 1G	1	FRASCO		IV	8h/8h	
Obs.: Reconstituir em 10mL de água destilada e diluir em 100mL de cloreto de sódio 0,9%. Infundir em 30 a 60 minutos. PROTEGER DA LUZ.						
-> CLORETO DE SÓDIO 0,9% - 100ML	1	FRASCO AMPOLA				
-> ÁGUA BIDESTILADA 10ML	1	AMPOLA				

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 ONDASETRONA 2MG/ML - AMPOLA 2ML	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
Obs.: Infusão lenta em 20 minutos.						
-> CLORETO DE SÓDIO 0,9% - 100ML	1	FRASCO AMPOLA				
4 TRAMADOL 50MG/ML - 1ML	1	AMPOLA		IV	8h/8h	
Obs.: se dor						
-> CLORETO DE SÓDIO 0,9% - 100ML	1	FRASCO AMPOLA				
5 DILTRONA 500MG/ML - 2ML	1	AMPOLA	S	IV	6h/6h	
Obs.: se dor						
-> CLORETO DE SÓDIO 0,9% - AMPOLA 10ML	1	FRASCO AMPOLA				
6 CLORETO DE SÓDIO 0,9% - 500ML	1	FRASCO		IV	1 x ao dia	
7 TENOXICAM 20MG - FRASCO AMPOLA	1	FRASCO		IV	12h/12h	
Obs.: Reconstituir em 2mL de água destilada.						
-> ÁGUA BIDESTILADA 10ML	1	AMPOLA				

Dr. Luiz Antonio de Carvalho
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 13925 - TEOT: 11182
Cirurgia do Trauma Ortopédico / Quadril

LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM 13925

Hospital Unimed Caruaru
Maysa Kelly de Lima
Enfermeira
COREN-PE 556.857-ENF



Paciente...: 119500 - MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Dt Nasc: 20/02/2000 (18a Sm 21d)

Atendimento: 744971

Data: 10/11/2018 15:59

Peso...:

Altura:

Sup. Corporal:

Prescrição.: 954968

Convênio...: UNIMED RECIFE

Internação.: 27/10/2018 00:02

1ª VIA

Dias(s) int: 14

Médico...: CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: INTERNAMENTO 2 - HUCC Leito...: APTO. 22 - LEITO B Cobertura: ENFERMARIA

Cid...: S826 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL Cód...: /

Diagnóstico:

Protocolo...:

Classificação de Risco:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA - CRM: 19140

FUNÇÃO: MEDICO(A)

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Detalhamentos
-----	---------	----	-----	------------	---------------

1	RX PE OU PODODACTILOS ; Exame: 138193	1			
---	---------------------------------------	---	--	--	--

1	RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) ; Exame: 138193	1			
---	---	---	--	--	--

MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA
CRM 19140



HOSPITAL MUNICIPAL

TORITAMA

NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Nome: Marcos Vinícius Bezerra
do Nascimento

Exame

Exame (Hospital), Toritama.

Exame em Fíbula Direita
devido a lesão, após colisão
motor-automóvel.

Referindo dor intensa e
hemorragia.

Data: 26/10/93

Assinatura

ARUANA SEGURODORA
07 JAN 2019

HOSPITAL UNIMED CARUARU

Nome do Paciente: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Dt. Nascimento: 20/02/2000

Nome da Mãe: IRIS IRENE BESERRA

Endereço: RUA DA LIBERDADE, Nº 880, PAO DE AUCAR, Bairro CENTRO TAQUARITINGA DO NORTE, PE

Médico do Atendimento: CRM: 2913 - CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO

Data: 26/10/2018

Nº Atendimento: 744895 Nº Prontuário: 119508

Serviço: ORTOPEDIA E

Hora: 18:28

PRONTO ATENDIMENTO - URGÊNCIA

SINAIS VITAIS

P.A. Sistólica

 X

P.A. Diastólica

H.G.T.

Temperatura:

Frequência Cardíaca:

Frequência Respiratória:

Bpm

lmpm

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Peso: Kg

Altura: Cm

QUEIXA PRINCIPAL / HISTÓRIA

VTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM QUEIXAS DE DORES NA COLUNA CERVICAL E LOMBAR E TORNOZELO DIREITO

ATLS

A

B

C

D

E

REAÇÕES ALÉRGICAS

+++++

EXAME FÍSICO

TALA PROVISÓRIA NO MIO

EXAMES COMPLEMENTARES

RX. DA COLUNA CERVICAL E LOMBAR + RX DO TORNOZELO DIREITO

ESTADO FÍSICO GERAL

- | | | | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☒ BOM | ☐ REGULAR | ☐ GRAVE | ☐ FEBRIL | ☐ AFEBRIL | ☐ CIANÓTICO |
| ☐ HIDRATADO | ☐ DESIDRATADO | ☐ CONSCIENTE | ☐ INCONSCIENTE | ☐ ACIANÓTICO | |
| ☐ CORADO | ☐ PÁLIDO | ☐ ORIENTADO | ☐ DESORIENTADO | | |

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)

FRATURA DO TORNOZELO DIREITO + CONTUSÃO CERVICAL E LOMBAR

CONDUTA

CONSULTA + TALA GESSADA TIPO BOTA + SOL. INTERNAÇÃO

CLAUDIO RAPOSO CRM: Nº 2913



Paciente...: 119608 - MARCUS VINICIUS DESERRA DO NASCIMENTO

Dt Nasc.: 20/02/2000 (18a 8m 6d)

Atendimento: 744895

Prescrição.: 942738

1ª VIA

Data: 26/10/2016 18:44

Convênio...: UNIMED RECIFE

Internação.: 26/10/2016 18:28

Peso.....

Altura:

Sup. Corporal:

Dias(a) Int: 0

Médico...: CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO - CRM 2913

FUNÇÃO: MÉDICO(A) Serviço: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Qtd.: 5826 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL Círculo: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Datas/Horários
1 RX COLUNA CERVICAL: A.P. - LAT. - T.O. - OBLIQUAS ; Exame: 136722	1					
2 RX COLUNA LOMBO-SACRA ; Exame: 136722	1					
3 RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) ; Exame: 136722	1					

Dr. Claudio Raposo
Tratando Ortopedia
CRM 2913

CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO
CRM 2913



Paciente...: 119508 - MARCIUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Dt Nasc: 20/02/2000 (18a 8m 6d)

Alcandimento: 744895

Prescrição.: 942756

1ª VIA

Data: 26/10/2018 19:30

Convênio...: UNIMED RECIPE

Peso...:

Altura:

Sup. Corporal:

Internação.: 26/10/2018 10:28

Dias(a) int: 0

Médico...: CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO - CRM 2913

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: S626 FRATURA DO MALLEOLO LATERAL Cido.: /

Diagnóstico:

Protocolo..:

Classificação de Risco:URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS DE ORTOPEDIA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 - IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA TALA TIPO BOTA	1				Agora	

Dr. Claudio Raposo
Traumato - Ortopedia
CRM 2913

CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO
CRM 2913

HOSPITAL UNIMED CARUARU

Nome do Paciente: MARCUS VINÍCIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Dt. Nascimento: 20/02/2000

Nome da Mãe: IRIS IRENE BESERRA

Endereço: RUA DA LIBERDADE, Nº 888, PAO DE AÇÚCAR, Bairro CENTRO TAQUARITINGA DO NORTE, PE

Médico do Atendimento: COREN: 123 - IZABEL CRISTINA DA SILVA

Data: 26/10/2011

Nº Atendimento: 744895

Nº Prontuário: 119508

Serviço: ORTOPEDIA E

Hora: 18:28

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente admitido neste serviço, apresentando EG

R

administrado medicações conforme prescrição médica, utilizado os seguintes itens:

HORA DA ADM:

HORA DA ALTA: 19:40

ITEM	Quant.	ITEM
Luva Estéril nº		Luva Estéril nº
Lâmina do Bisturi nº		Jelco nº
Atadura Crepom nº 10CM		Scalp nº
Atadura Gessada nº 10CM		Pacote de Gaze Estéril
Algodão Ortopédico nº 15CM		Polifix
Kit de Aspiração nº		Torneira de 3 vias
Kit de oxigênio(02)		Equipo Simples
Malha de algodão Tubular (metros)		Equipo de bomba Translix
Outros: MICROPÓRE 50X10		

Oxigênio:

Hora de Início:

Hora de Término:

Hora de Início:

Ar comprimido:

Classificação de risco:

Amarelo

Hora de Término:

Prescrevermos:

SVD | SVA | SNG | SNG | SNE | AVC Monolumen Duplo Lumen | Intracath |

ANOTAÇÕES RELEVANTES DE ENFERMAGEM

Paciente Vitima de acidente automobilístico, apresenta dor Fratura do M.I.D. Realizado imobilização conforme prescrição médica, e mesmo aguarda internamento.

JUSTIFICATIVA DE EXCESSO DE MATERIAIS

IZABEL CRISTINA COREN: Nº 123

Enfermagem-Urgência e Emergência



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 8.731.533 DATA DE EMISSÃO: 23/11/2016

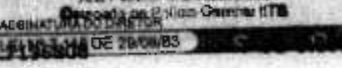
NOME: << MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO >>

FILIAÇÃO: << CLAUDIO DE LIMA NASCIMENTO >>
<< IRIS IRENE BESERRA >>

LOCAL DE NASCIMENTO: TAQUARITINGA DO NORTE - PE DATA DE NASCIMENTO: 20/02/2000

DIG. ORDEM: << CN.31234 L.A35 F.04 CART.SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 11.09.2002 >>

CPF: 

ASSINATURA DO DIRETOR: 

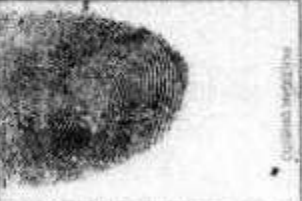
DE 26/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 01R59

SECRETARIA DE INTERIORES

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO YMARIA BURI

Marcus Vinicius Beserra do Nascimento

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

144.984.364-66

Nome

MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Nascimento

20/02/2000

ARUANA SEGURADORA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190578506 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 26/10/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DIREITO - COM LESÃO LIGAMENTAR.
FRATURA DO NAVICULAR DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - MALÉOLO COM(PLACA E PARAFUSOS, PÉ (PARAFUSO). P 2/5/9

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: FOLHA CIRÚRGICA PÁGINA 9 MENCIONA ARTRITE DE COTOVELO.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0353474/19

Vítima: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

CPF: 144.984.364-66

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/10/2018

Titular do CPF: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO : 144.984.364-66

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Josyelli de Oliveira Cabral