



Número: **0021275-70.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
GEORGE ANTONIO CELESTINO DE ALENCAR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71930760	02/12/2020 11:28	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 13799633





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14969270

Pag. 00535/00536 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01689/01700 - carta_02 - INVALIDEZ

00050850



Carta nº 14978861





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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 (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF (da vítima):

Nome completo da vítima:

144.984.364-66 MARCUS VINÍCIUS 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 VINÍCIUS 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

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA 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

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 8504

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 de 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Vivos:

Falecidos:

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, incluindo cliente, 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.

MORTE

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE 26/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROR

Marcus Vinícius Beserra do Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º 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.



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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. Nexa 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 (*).
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|--|
- 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: <input type="checkbox"/> 10% residual <input checked="" type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Jackson Sosa Florêncio Júnior
Especialista em Traumatologia
CRM - PE 18.573
TEOT 13621





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 (VÍTIMA)

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 no plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO / BRASIL**

MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO (presente no 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 no 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: **BC2ND1110FR016385**



Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **RENAVAM 1047811357**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE, NO DIA 26 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
(VITIMA)

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 (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF (da vítima):

Nome completo da vítima:

144.984.364-66 MARCUS VINÍCIUS 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 VINÍCIUS 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

Tel. (DDD):

(81) 9665-0454

E-mail:

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

RENDA 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

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 8504

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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 de 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 de 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:

Vivos:

Falecidos:

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, incluindo cliente, 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 26/12/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROR

Marcus Vinícius Beserra do Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

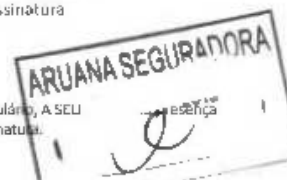
CPF:

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.





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: 01100/2017

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 381 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 167-
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

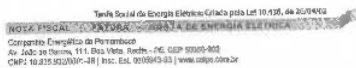
ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do Imposto R\$ 24,46

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





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOÃO BATISTA 370

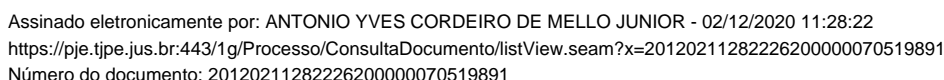
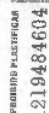
CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CENTRO SURUBIM
SURUBIM PE
55750-000

CÓDIGO CONTRATO	FECHA
7005749888	08/2019
FECHA DE VENCIMIENTO	FECHA PAGARÉ PROXIMA - ETCPA
12/08/2019	04/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	98,16

TOTAL DEFERRED	99.1
----------------	------

Figure 10. The effect of the initial concentration of the monomer on the polymerization of 1,3-bis(4-vinylphenyl)propane in the presence of the catalyst.

[illegible]

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, IRIS IRENE BESEIRA

RG nº 7534500, data de expedição 07/04/04,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 03043685474, com
domicílio na cidade de TACUARITINGA 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 BESEIRA DO NASC. cujo o condutor era
MARCUS VINÍCIUS BESEIRA DO NASC.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA XRE 300

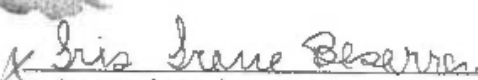
Ano: 2015

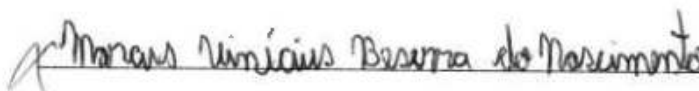
Placa: PEC4394

Chassi: 9C2MD1140FR016385

Data do Acidente: 26/10/18

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


Assinatura do Declarante


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





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

TELEFONE: 81 37232286

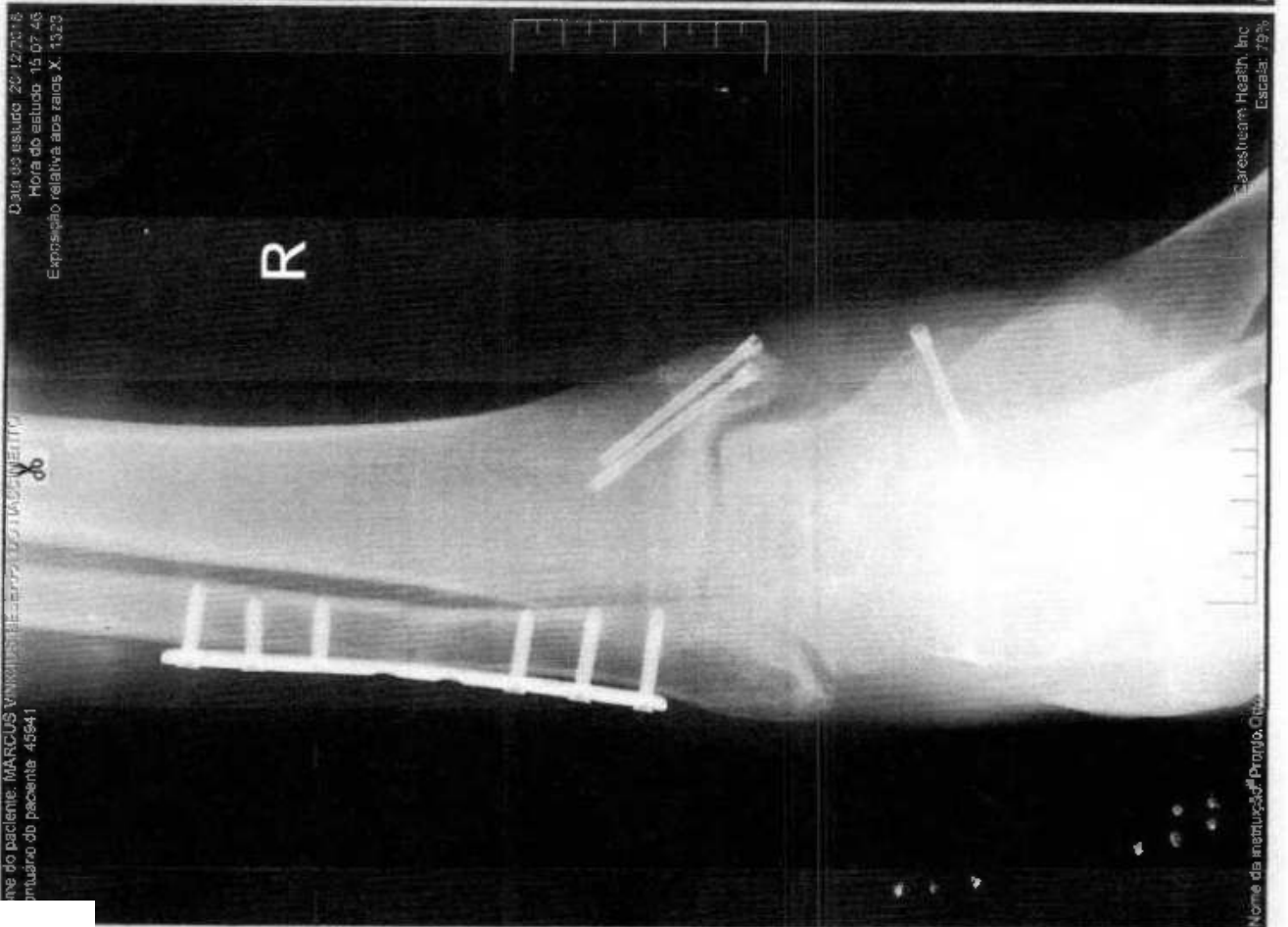
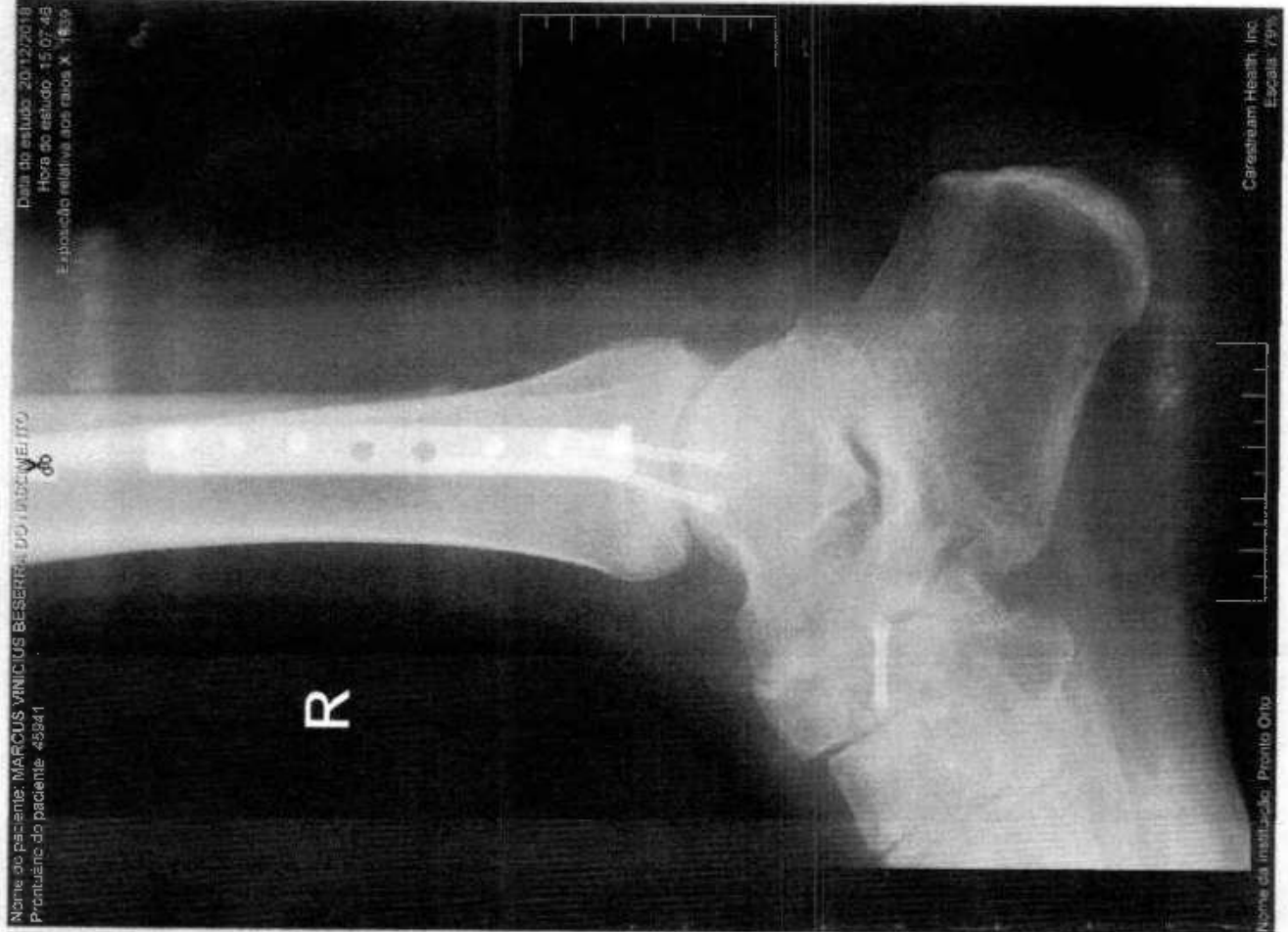
LAUDO

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

MARCUS VINICIUS BESERRA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 19148

CARUARU 25 DE SETEMBRO DE 2019





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: 088

Bairro: CENTRO

Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE

Estado: PE

CEP: 55790000

Telefone: 992797347

Colunar: 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 RAPOS

Atendimento: 744971

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

Assinatura do Usuário:

Marcus Vinicius B. do Nascimento

HISTORICO

ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES FAMILIARES

EXAME FISICO

HIPOTESE DIAGNOSTICA

CONDUTA

ALTA

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

Carimbo e Assinatura do Médico

coop
Membro da Akurica
Cooperativa Internacional

"Seu ponto de vista é o nosso ponto de partida"

ANS - nº 340952



Unimed

Caruaru

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 Número da Guia:
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 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 decorrentes 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: _____

coop Membro da Associação
Cooperativa Internacional

Verifique o conteúdo eletrônico para a devida ciência e assine
Roberto Rodrigues

ANS - nº 340952





Ficha de Anestesia

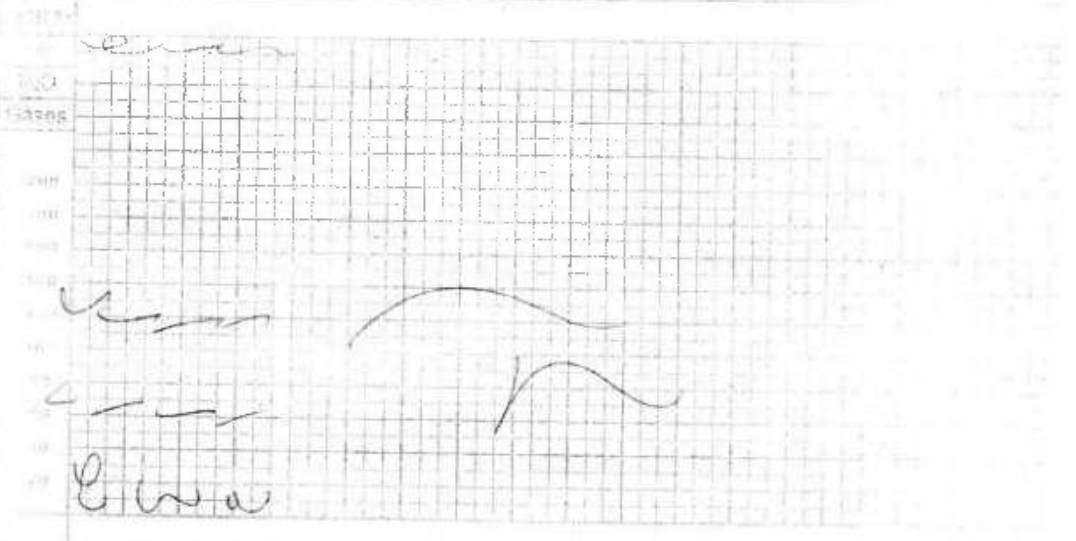
Data: 0

Hora:

Local:

NOME: Carlos Vinícius B. de Mello Jr.
SEXO: M COR: IDADE: PESO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO									
PRÉ-OPERATÓRIO	HEMÁCIAS	HCTC	HB	LEUCÓCITOS	PA	FC	TEMP	RES	
	GRUPO SANG	TC	TS	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA				
	GLICOSE	UREIA	CREATININA	PROTEÍNAS	<u>Negativa</u>				
	NA	K	CL	RESERVA ACL					
OP. PROPOSTA:					<u>T2-1-0</u>				
OP. REALIZADA:					<u> </u>				



TIPO	COND. DURA	IDADE	TECNICA: Aberto - Semi-Fechado - Fechado
<u>Bum</u>	<u>u</u>	<u>12</u>	<u> </u>
<u>Dmr</u>	<u>u</u>	<u>6</u>	<u> </u>
<u>Clm</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>
<u>Im</u>	<u> </u>	<u>3.0</u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>

Local:
Data:
Hora:
Duração de Op:
Mantido:



AValiação Pós-Anestésica

refarles vintiles

12A10:

1940

ENCUENTRO REALIZADO:

[illegible]

RESUMEN

3. APTA A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TÓSSUE
4. APTA A RESPIRAR COM RESPIRAÇÃO LIMITADA
5. CIANÓTICO

SATURACÃO DE OXIGÊNIO

ATIVIDADE MUSCULAR

REFERENCES

COMISSÃO DE RECURSOS HUMANOS
RECEBENDO AR ARREBENT
RECEBENDO AR ARREBENT
RECEBENDO AR ARREBENT

2. APRI PARA MONTER LAS 4 EXTENSIONES
3. APRI PARA MONTER 24 NUTS/PIRNAS
4. APRI PARA MONTER 1 ENTRADA DE AGUA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

A. J. A. M. VAN DER KAMPEL, J. H. J. VAN DIJK, and J. H. VAN DER KAMPEL

1. $\mathcal{N}(\mathcal{A}) \subseteq \mathcal{N}(\mathcal{B})$ and $\mathcal{N}(\mathcal{B}) \subseteq \mathcal{N}(\mathcal{A})$.

☐ ACCORDIA
☐ SONOLENTO

☐ ADMINISTRATIVE

☐ INTRODUCTION

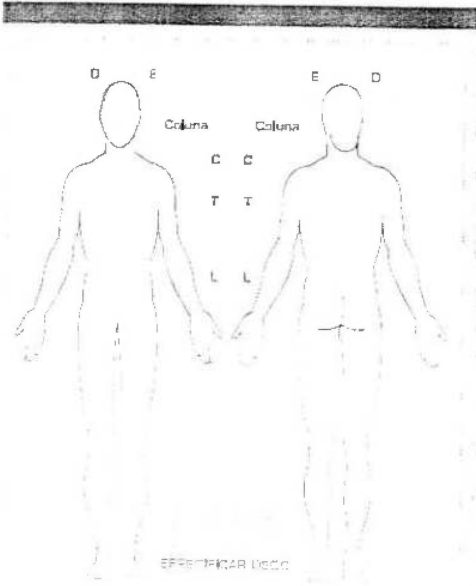


PACIENTE: MARCELO B. OLIVEIRA
ATENDIMENTO: 14491 LEITO DE ORIGEM: 01 DATA: 3/10/13 HORA: 14:00
CIRURGIA: Fração Renal CIRURGIÃO: Dr. Roberto

São Cirúrgico Correto

Unimed - São Paulo

Cirurgião: _____	Paciente: _____	Prontuário: _____
Primeira Consulta Ambulatorial		Avaliação Especulista - Ambulatório
_____		_____
_____		_____



Especialista Médico - Admissão Data: 26/11/2020 Assinatura: <i>Claudio Roberto</i> CRM: 2913	Enfermeiro - Admissão Data: _____ Assinatura: _____
Internação para Cirurgia Data: _____ Assinatura: _____	Marcação na Pele Data: _____ Assinatura: _____
Anestesiologista Data: _____ Assinatura: _____	Enfermeiro Data: _____ Assinatura: _____
Cirurgião Data: _____ Assinatura: _____	Unimed It



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: aido-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-ASSEPISIA+ANTISSEPSIA+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 ESCOPIA
5- REPARAÇÃO LIGAMENTAR COM FIO VICRYL 1,0MM
6- INCISÃO NA FACE ANT DO ANTE-PE D + TENOLISE + 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 Trauma Infantil
CRM. 19148

MARCIO LACERDA CRM: Nº 19148

MÉDICO

Rua Artur Antônio da Silva, 549 - Bairro Universitário
Fones: (81) 2103 - 8600 - CEP: 55016-445 - Caruaru - PE



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 NORTE, PE
Médico do Atendimento: CRM: 13925 - LUIZ ANTONIO DE CARVALHO Data: 27/10/2018
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 ONTÉM . 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 / Quadril





UNIMED CARUARU COOP. TRAB MEDICO
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1

Emitido por: MARGIO LACERDA

Em: 06/11/2018 17:51

1ª VIA

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

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

Atendimento: 744871

Prescrição: 951477

Convênio: UNIMED RECIFE
Internação: 27/10/2018 00:02

Data: 06/11/2018 17:51

Peso:

Altura:

Sup. Corporal:

Dias(s) int: 10

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

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

Cid: S826 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL Cids: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco:

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO: MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA - CRM: 18140

FUNÇÃO: MEDICO(A)

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1	DIETA LIVRE	1			VO	0h/8h	
MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/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.: se dar -> CLORETO DE SODIO 0,9% - 100ML	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
		1	FRASCO AMPOLA				
4	DIPIRONA 600MG/ML - 2ML Obs.: se dar -> CLORETO DE SODIO 0,9% - AMPOLA 10ML	1	AMPOLA	S	IV	6h/6h	
		1	FRASCO AMPOLA				
5	DEXAMETASONA 2MG/ML - 1ML	1	AMPOLA		IV	12h/12h	

[Assinatura]
Hospital Unimed Caruaru
José Assis Filho
Enfermeiro
COREN-PE 426080

[Assinatura]
MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA
CRM 18140

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





UNIMED CARUARU COOP. TRAB MEDICO
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: MARCIO LACERDA
Em: 07/11/2018 21:09

Paciente: 119508 - MARCUS VINICIUS BESSERA DO NASCIMENTO
Dt Nasc: 20/02/2000 (18a 8m 18d) Atencimento: 744971
Data: 07/11/2018 21:09 Prescrição: 952606
Convênio: UNIMED RECIFE
Interação: 27/10/2018 00:02
Peso: Altura: Sup. Corporal:
Dias(s) Int: 1f
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: MÉDICO(A)

1ª VIA

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.: em dor -> CLORETO DE SODIO 0,9% - 100ML	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
	1	FRASCO AMPOLA				
4 DIFENIDRAMINA 50MG/ML - 2ML Obs.: em dor -> CLORETO DE SODIO 0,9% - AMPOLA 10ML	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
	1	FRASCO AMPOLA				

MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA
CRM 19140

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



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 ALCAR, Bairro
CENTRO TAQUARITINGA 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

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

HD: FX TNZ D

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

NEUROVASCULAR PRESERVADO

CD: manter





UNIMED CARUARU COOP. TRAB MEDICO
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: MARCIO LACERDA
Em: 08/11/2018 22:12

Paciente...: 119508 - MARCUS VINICIUS BESSERA DO NASCIMENTO
Dt Nasc: 20/02/2000 (18a Sm 19d) Atendimento: 744971 Prescrição.: 953603
Data: 08/11/2018 22:10 Convênio...: UNIMED RECIFE
Peso...: Altura: Sup. Corporal: Internação.: 27/10/2018 00:02
Dias(s) int: 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 Cid...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA - CRM: 19148
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 <input checked="" type="checkbox"/> (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%	1	FRASCO AMPOLA				
- 100ML						
-> AGUA BIDESEILADA 10ML	1	AMPOLA				
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 ONDASETRONA 2MG/ML - AMPOLA 2ML	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
Obs.: Infundir em 20 minutos.						
-> CLORETO DE SODIO 0,9%	1	FRASCO AMPOLA				
- 100ML						
4 TRAMADOL 50MG/ML - 1ML	1	AMPOLA		IV	8h/8h	
Obs.: se dor						
-> CLORETO DE SODIO 0,9%	1	FRASCO AMPOLA				
- 100ML						
5 DIFENIDRAMINA 500MG/ML - 2ML	1	AMPOLA	S	IV	6h/6h	
Obs.: se dor						
-> CLORETO DE SODIO 0,9%	1	FRASCO AMPOLA				
- AMPOLA 10ML						
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

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





UNIMED CARUARU COOP. TRAB MEDICO
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: LUIZ ANTONIO
Em: 09/11/2018 07:47

Paciente...: 119508 - MARCUS VINÍCIUS BESSERRA DO NASCIMENTO

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

Atendimento: 744971

Prescrição.: 953000

1ª VIA

Data: 09/11/2018 15:59

Peso.....

Altura:

Sup. Corporal:

Convênio...: UNIMED RECIFE

Internação.: 27/10/2018 00:02

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)

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

☒ Alta Vigilância

☒ Alergia

☒ Antimicrobiano

DIETA

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

ANTIBIOTICOS

	Cid	Unidade	SN	Apl	Frequência	Dados/Horários
2 <input checked="" type="checkbox"/> (D2/3) 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

	Cid	Unidade	SN	Apl	Frequência	Dados/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 DILIRONA 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
Cirurgião do Trauma Ortopédico / Quadril
LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM 13925

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

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





UNIMED CARUARU COOP. TRAB MEDICO
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: MARCIO LACERDA
Em: 10/11/2018 10:58

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

Dt Nasc: 20/02/2000 (10a 8m 21d)

Atendimento: 744971

Prescrição.: 954968

1ª VIA

Data: 10/11/2018 15:59

Convênio...: UNIMED RECIFE

Internação.: 27/10/2018 00:02

Peso...:

Altura:

Sup. Corporal:

Olas(s) int: 14

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

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

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

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
RX PE OU PODODACTILOS ; Exame: 138193	1					
RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) ; Exame: 138193	1					

MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA
CRM 19140

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





TORITAMA

Nome: Marcos Vinícius Bezerra
do Nascimento

Exame:

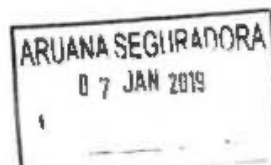
Exame (Hospital), Toritama.

Exame em Fibula Direita
de um homem, após lesão
traumática.

Referindo dor intensa
na região.

Data: 26/10/13

Assinatura



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 881, PAO DE AUCAR, Bairro CENTRO TAQUARITINGA DO NORTE, PE
 Médico do Atendimento: CRM: 2913 - CLAUDIO JOSE Data: 26/10/2018
 Nº Atendimento: 744895 Nº Prontuário: 119508 Serviço: ORTOPEDIA E Hora: 18:28

PRONTO ATENDIMENTO - URGÊNCIA

SINAIS VITAIS		Temperatura:		DADOS ANTROPOMÉTRICOS	
P.A. Sistólica	<input type="text"/>	X	<input type="text"/>	Peso:	<input type="text"/>
H.G.T.	<input type="text"/>		<input type="text"/>	Altura:	<input type="text"/>

QUEIXA PRINCIPAL / HISTÓRIA

VITIMA 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

Rua Artur Antonio da Silva, 549 - Bairro Universitário
 Fone: (81) 2103 - 8600 - CEP: 55010-445 - Caruaru - PE





UNIMED CARUARU COOP. TRAB MEDICO
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: CLAUDIO JOSE
Em: 26/10/2018 18:44

Paciente...: 119508 - MARCUS VINICIUS DESERRA DO NASCIMENTO
Dt Nasc: 26/02/2000 (18a 8m 6d) Atendimento: 744895
Data: 26/10/2018 18:44
Peso...: Altura: Stip. Corporal:
Dian(a) Int: 0
Médico: CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO - CRM 2913
FUNÇÃO: MÉDICO(A) Serviço: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
Unia Int... Lado... Cobertura:
Cid...: S826 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL Cíclo...:
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco: URG

Prescrição...: 942736
Convênio...: UNIMED RECIFE
Internação...: 26/10/2018 18:28

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	ApI	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
Tratado Ortopedia
CRM 2913
CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO
CRM 2913

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





UNIMED CARUARU COOP. TRAB MEDICO
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: CLAUDIO JOSE
Em: 26/10/2018 19:30

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

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

Atendimento: 744895

Prescrição.: 942756

1ª VIA

Data: 26/10/2018 19:30

Convênio...: UNIMED RECIFE

Internação.: 26/10/2018 10:28

Peso...:

Altura:

Sup. Corporal:

Dias(a) int: 0

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

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

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

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS DE ORTOPEDIA

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

Dr. Claudio Raposo
Traumato Ortopedia
CRM 2913

CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO
CRM 2913

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



HOSPITAL UNIMED CARUARU

Nome do Paciente: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO Dt. Nascimento: 20/02/2000
 Nome da Mãe: IRIS JIRENE BESERRA Endereço: RUA DA LIBERDADE, Nº 888, PAO DE AÇÚCAR, Bairro CENTRO TAQUARITINGA DO NORTE, 2º
 Médico de Atendimento: COREN: 123 - TZABEL CRISTINA DA SILVA Data: 26/10/2018
 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

Quant.	ITEM	Quant.	ITEM
	Luva Estéril nº		Luva Estéril nº
	Lâmina de Bisturi nº		Jaleco nº
05	Atadura Crepom nº 10CM		Scalp nº
05	Atadura Gessada nº 10CM		Pacote de Gaze Estéril
02	Algodão Ortopédico nº 15CM		Polifix
	Kit de Aspiração nº		Torneira de 3 vias
	Kit de oxigênio(02)		Equipo Simples
02M1	Malha de algodão Tubular (metros)		Equipo de Bomba Transolix
00CM	Outros: MICROPORE 50X10		

Diagnóstico: Hora de Início: Hora de Término: Hora de Início:
 Ar comprimido: Hora de Término:
 Classificação de risco: Amarela
 Prescritos: SVD | SVA | SNG | SNG | SNE | AVC MonoLumen Duplo Lumen | Intracath |

ANOTAÇÕES IRRELEVANTES DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de acidente automobilístico, apresenta dor Fratura do M.I.D. Realizado imobilização conforme protocolo médico, o mesmo aguarda internamento.

JUSTIFICATIVA DE EXCESSO DE MATERIAIS

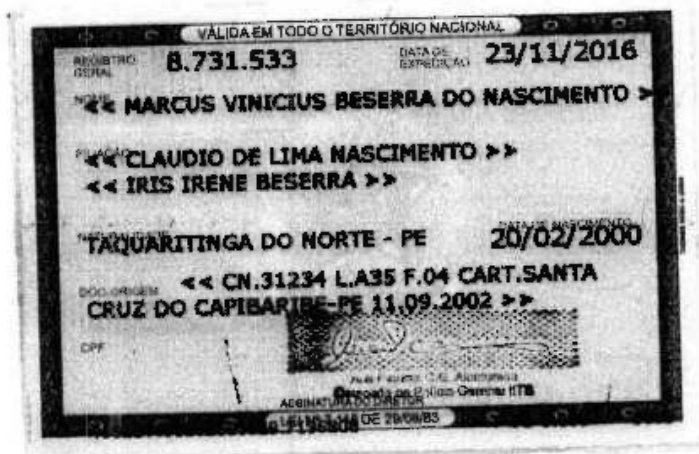
TZABEL CRISTINA COREN: Nº 123

Enfermagem-Urgência e Emergência

Rua Arthur Antonio da Silva, 549 - Bairro Imbuena
 Fone: (51) 3631-9606 - CEP: 96200-000 - Caruaru - PE









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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/10/2018

Titular do CPF: BESERRA DO NASCIMENTO

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

