



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)	EWERSON 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
71930 760	02/12/2020 11:28	<u>ANEXO 1</u>	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

Pag. 01679/01680 - carta_01 - INVALIDEZ



00010840

Carta nº 13799633



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 1



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, contados 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



00020268



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 2



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. 01699/01700 - carta_02 - INVALIDEZ



00050850

Carta nº 14978861



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 3



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 Se

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%
Solução: Encadear 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recededor: 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, retorno 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71030760 Pág. 4



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 MARCUS VINICIUS BESSERRA 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 BESSERRA DO NASCIMENTO

CPF:

144.984.364-66

Profissão:

REC. INF

Endereço:

QUA DA LIBERDADE

Número:

54

Complemento:

CASA

Bairro:

PAO DE AÇUCAR

Cidade:

TAQUARITINHA 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).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

 RECLUSO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

4758

CONTA:

8504

AGÊNCIA:

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDÓ 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, subijo 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 discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 quantas: 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 devidamente, a Indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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: TAQUARITINHA DO NORTE/PE 26/12/28

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODÔ

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

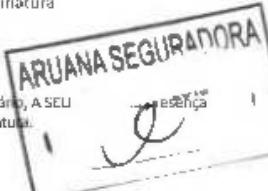
2º | Nome: _____

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.

**Laudo 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. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

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

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 José Florêncio Junior
Sócio-Diretor / Traumatologista
CRM - PE 10.573
TEOT 13921





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
Luiz Carlos Dias Yanez 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 N°. 18E0220000859

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO 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 BESSERA (OUTRO)
MARCUS VINICIUS BESSERA 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 BESSERA DO NASCIMENTO**

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

IRIS IRENE BESSERA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARCUS VINICIUS BESSERA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IRIS IRENE BESSERA** 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: **MUNICIPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 388, RUA DA LIBERDADE (LOTEAMENTO CRUZEIRO) - DISTRITO DE PÃO DE AÇUCAR - 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 BESSERA, que estava em posse do(a) Sr(a): MARCUS VINICIUS BESSERA 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: 1047611357**

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 IMEDIACOES DO PODOADO 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 PERNAS 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 CIRÚRGICO.

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**

OMJ
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
Luiz Carlos Dias Yanes Jr.
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 MARCUS VINICIUS BESSERRA 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 BESSERRA DO NASCIMENTO

CPF:

144.984.364-66

Profissão:

REC. INF

Endereço:

QUA DA LIBERDADE

Número:

54

Complemento:

CASA

Bairro:

PAO DE AÇUCAR

Cidade:

TAQUARITINHA 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).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

 RECLUSO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

4758

CONTA:

8504

AGÊNCIA:

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDÓ 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, sujeito 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 discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 quantas: 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 devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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: TAQUARITINHA DO NORTE/PE 26/12/28

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROD

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

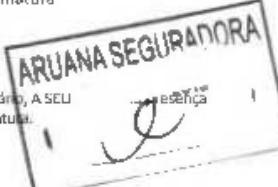
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2º | 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.



DECLARAÇÃO

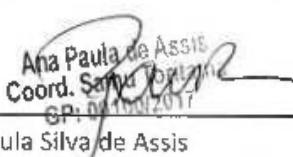
Toritama ,19 de dezembro de 2018

Declaro para devidos fins em atenção ao pedido do Sr. **MARCOS VINICIUS BEZERRA 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 HMSC 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 BESSERRA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04758

CONTA: 00000008504-3

Nr. da Autenticação 7D4BFEFC2A2AFBDD



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 11

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1403984583

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOSÉ DE BARROS 311 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 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 6142

Ouvitexto 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE 0800 727 0187-

Ligaçāo Grātuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligaçāo Grātuita de Telefones Fixos e Tarifada na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
CLAUDIO DE LIMA NASCIMENTO

ENDERECO
RUA AIRTON SENNA 252 -PAO DE ACUCAR/PAO DE ACUCAR -55790-000
TAQUARITINGA DO NORTE PE -

DATA DE VENCIMENTO
10/09/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 110,18

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

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
4009089573MÊS/ANO
09/2019TOTAL A PAGAR
R\$ 110,18VENCIMENTO
10/09/2019

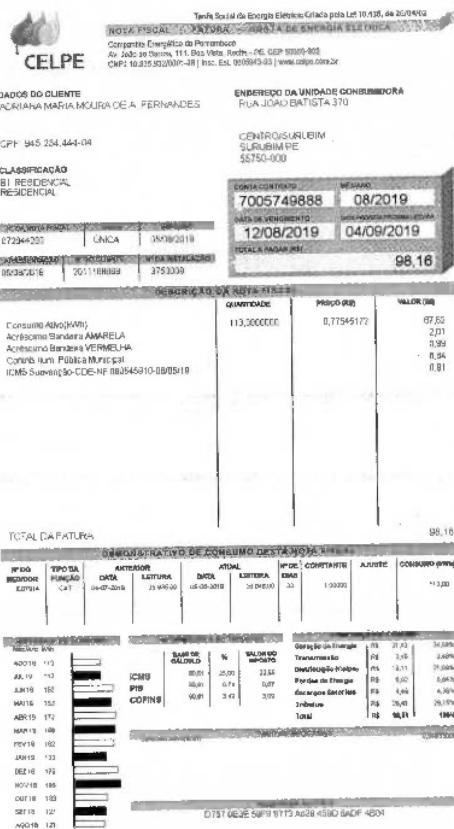
TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Núm. 71930760 - Pág. 13



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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A FERNANDES, inscrito (a) no CPF 574.940.634-1 / 68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCUS VINÍCIUS BEZERRA DO NASCIMENTO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 144.984.364-66, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima MARCUS VINÍCIUS 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	RUA JOAO BATTISTA	Número	370	Complemento	CASA
Bairro	CENTRO	Cidade	SURUBIM	Estado	PE
Email	APSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	Telefone comercial(DDD)	81-99665-0454	Telefone celular (DDD)	81-98133-8022

TABOARITINGA, 03 de OUTUBRO de 2019
DO NORTE Local e Data

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, IRIS IRENE BESSERRA,
RG nº 7534500, data de expedição 07/04/04.
Órgão SDS/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, PÁO DE AÇÚCAR, nº 54,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARCUS VINCIUS BESSERRA DO NASC - cujo o condutor era
MARCUS VINICIUS BESSERRA DO NASC.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA XRE 300

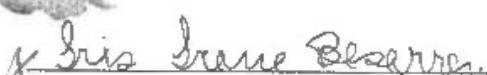
Ano: 2015

Placa: PEC 4394

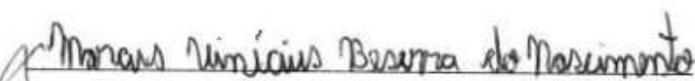
Chassi: 9C2ND1110FR016385

Data do Acidente: 26/11/18

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


Iris Irene Besserra.

Assinatura do Declarante


Marcus Vinicius Besserra do Nordeste

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



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DISTRITAL
PRO DE AÇÚCAR - TAQUARITINGA DO NORTE - PE
BELA VISTA - APELICA DE COUTO - SELARIA
JÉSSIE TAVARES FERREIRA SILVA - ESCRIVÃ(A) AUTORIZADA





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

TELEFONE: 81 37232286

LAUDO

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

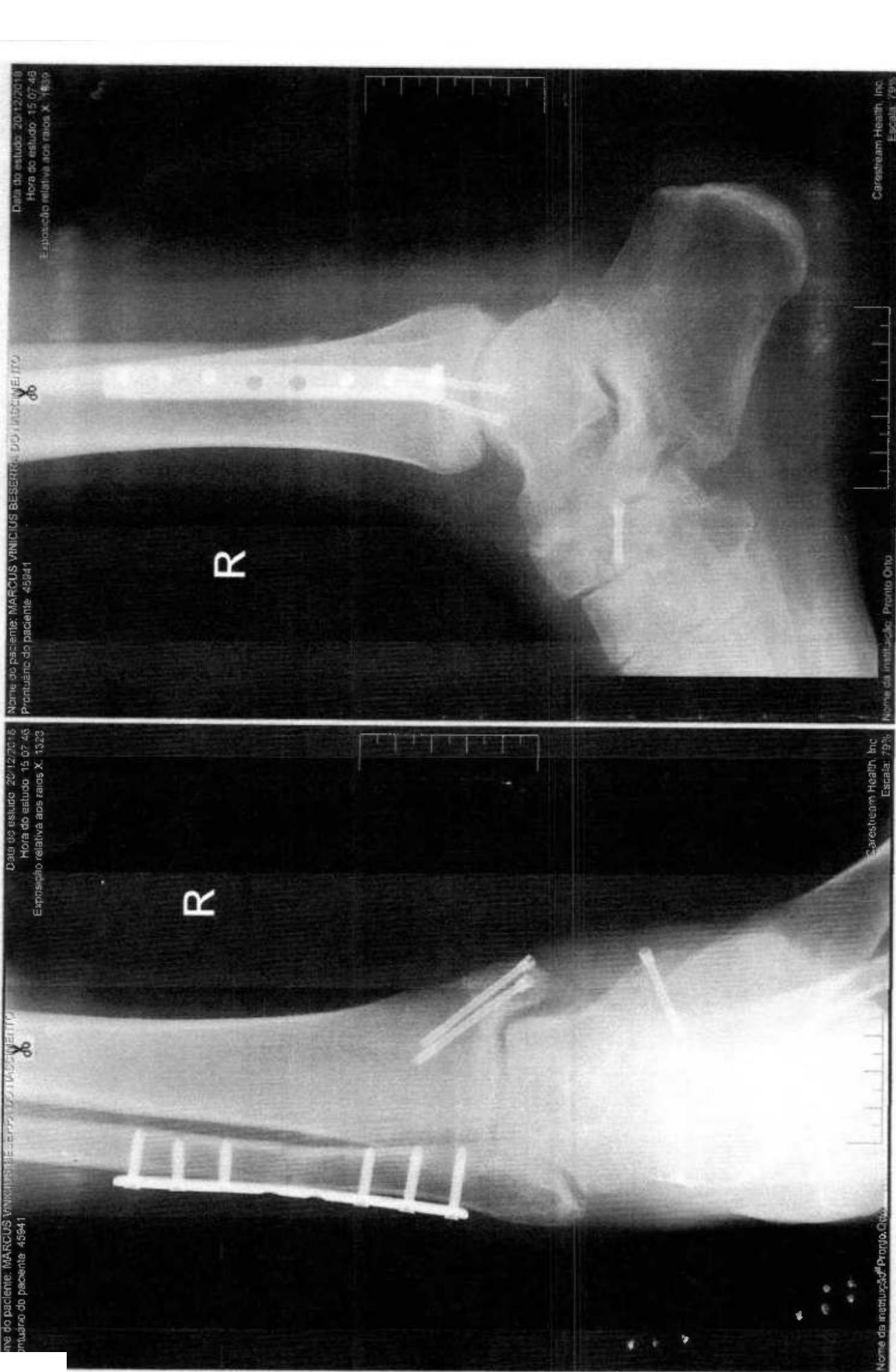
Marcio Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19148

CARUARU 25 DE SETEMBRO DE 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 17



FOLHA DE ADMISSÃO

Identificação do Paciente

Nome: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO
Data Nasc.: 20/02/2000 C Idade: 18 Sexo: MASCULINO
CPF: 14498436466

Prontuário: 119508
RG: 8731533

Mãe: IRIS IRENE BESERRA

Endereço: RUA DA LIBERDADE

Nº: 888

Bairro: CENTRO

Estado: PE

CEP: 55790000 Telefone: 992797347

Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE
Celular: 998350216 Profissão:

Internar Para:

Convênio: UNIMED RECIFE Plano: ENFERMARIA Carteira: 0345506009801003 Número da Guia:
Unidade de Internação: INTERNAMENTO 2 - HUC
Médico(a): CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSC Atendimento: 744971 Leito: APTO. 21 - LEITO A
Assinatura do Usuário: *Marcus Vinícius B. do Nascimento*

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

HISTÓRICO

ANTECEDENTES PESSOAIS

ANTECEDENTES FAMILIARES

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

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 Indisciplinaria
 1.8 Evasão 1.9 Complementação Tratamento Ambulatorial 3 Transferência 4 Óbito c/ Necropsia 4 Óbito s/ Necropsia

Carimbo e Assinatura do Médico

COOP Membros da Fórum Coopérativa Intermecânica

"Este protocolo é destinado para a identificação e apuração de ocorrências"

ANS nº 340952





TERMO DE RESPONSABILIDADE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO
Data Nasc.: 20/02/2000 Idade: 18 Sexo: MASCULINO CPF: 14498436466 Prontuário: 119508
Mãe: IRIS IRENE BESERRA
Endereço: RUA DA LIBERDADE N°: 688
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 do 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 obriguel, 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 CONFESSÃO 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 abalço transcritas, que a tudo presenciam.

Caruaru, 27/10/2018

Assinatura do Paciente

HOSPITAL UNIMED CARUARU

Assinatura do Responsável

Assinatura da Testemunha

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

Membro da Associação
Cooperativa Intelectual

Corpo de advogados especializado para defesa de empresas
Roberto Rodrigues

ANS - nº 340952





Ficha de Anestesia

Page 6

Morai

NOME: *Carlos Vinícius B. da Mota*
SEXO: COR: IDADE: PESO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					P.A.	E.C.	TENS.	RES.	
10 00 00 00 00	HEMÁCIAS	HCTC	HB	LEUCOCITOS					
	GRUPO SANG	TC	TS	<i>bv</i>	PROTOMBINA	ANESTESIA PROPOSTA			
	GLICOSE	URÉIA	CREENININA	PROTEÍNAS		<i>Negativa</i>			
	NA	K	CL	RESERVA ACI					
OP. PROPOSTA:					<i>T2-L4</i>				
OP. REALIZADA:					<i>ANEST. GÉNERICO</i>				

The figure shows a bell-shaped curve plotted on a grid. The horizontal axis is labeled 'Era' at both ends. The vertical axis has labels 'a', 'b', 'c', and 'd' from top to bottom. The curve starts at the 'a' level, rises to a peak above 'b', and ends at the 'c' level.



AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Charles Vaneau)

DADE: 19-0-

PROCEDIMENTO REALIZADO:

ANSWER

- ATRITO A RESPIRAR, DIFORTE D'AMPLITUDE E TOSSIR
E ASINTOMA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA
E CIANÓTICO.**

SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO

RECEBENDO AR AMBIENTAL
ESTRUTURA PARA VIVER
ESTRUTURA PARA VIVER

ATIVIDADE MUSCULAR

Ergonomics

APLICATORES

PERÍODO DE		10 APROXIMAÇÃO E EXTREMIDADE		MONITORIZAÇÃO		INTERVALO	
INÍCIO	TERMINO			INÍCIO	TERMINO		
RECUPERAÇÃO		<input type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO					
DESESSA		<input type="checkbox"/> TOXA-GENÉRICA					
VIGILÂNCIA MÉDICA		<input type="checkbox"/> PMI					

EVOLUTION

A faint pencil sketch of a landscape, possibly a river system or a coastal area. The sketch includes handwritten labels: 'Molteno' on the left side, 'Cathedral Park' at the top right, and 'Glen' below it. The sketch is done in a light, sketchy style.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Q. 1. 1. 8. 3.

REFERENCES AND NOTES

1-116-41-158-017-1-525

ADORMIMENTO **INTERFERÊNCIA**



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA CIRURGIA

PACIENTE: Marcos L. B. de Oliveira

ATENDIMENTO: Hospital Unimed Caruaru LEITO DE ORIGEM: 01 DATA: 01/10/20 HORA: 10:00

CIRURGIA: Frotina - Remoção CIRURGIÃO: Dr. Claudio Raposo

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

Frotina - Remoção

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 existe 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, comprehendi 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: Cláudio Raposo CRM: CRM 2915

TERMO DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

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

F(NG).ACIR.015



Bloco Cirúrgico Correto

Cirurgia:	Paciente:	Prontuário:
Próxima Consulta Ambulatorial		Avaliação Especialista - Ambulatório Data: _____
Próxima Consulta Ambulatorial		Assinatura: _____
		Especialista Médico - Admissão Data: 26/11/2013 Claudio Ribeiro Ortopedia CRM 2013 Internação para Cirurgia Data: _____ Assinatura Profissional no local legal Atestado: _____ Entrevista: _____
EFEITAR DENO		Enfermeiro - Admissão Data: _____ Assinatura: _____ Marcação na Pele Assinatura: _____
Cirurgião		 



HOSPITAL UNIMED CARUARU

Nome do Paciente:	MARCUS VINICIUS BESERRA DO NASCIMENTO	Data de 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				
Medico do Atendimento:	CRM: 19148 - MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA	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: Juz carvalho

Anestesista: ronaldo

2º Auxiliar:

Instrumentador: aldo fabiano

Descrição do CID PRINCIPAL

S025 - FRATURA DO MALLEOLO MEDIAL

CLASSIFICAÇÃO:

LIMPA

PROCEDIMENTOS

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

Descrição da Cirurgia

1-ODI SOB ANESTESIA
2-ASSEPSIA-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 + ARTROTOMIA + REDUÇÃO + PASSAGEM DE FIO 02 FIO GUIA + FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS CANULADOS 3,0MM SOB ESCÓPIA
5-REPARIÇÃO 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 Traumatologia
CRM. 19148

MARCIO LACERDA CRM: Nº 19148

MÉDICO

Rua Artur Antônio da Silva, 549 - Bairro Universitário
Cidade: (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 088, PÃO DE AÇUCAR, Bairro CENTRO TAQUARITINGA DO NORTE, PE				
Medico 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. CIRÚRGICO DE FRATURA - LUXAÇÃO DO TORNOZELO + FRATURA PÉ (NAVICULAR) A ESQ.

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

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: MARCIO LACERDA
Em: 08/11/2018 17:51

Paciente...: 119508 - MARCUS VINICIUS BESSERRA DO NASCIMENTO
Dt Nasc: 20/02/2000 (18a 8m 17d) Atendimento: 744071
Data: 08/11/2018 17:51 Prescrição.: 951477
Peso.....: Altura: Sup. Corporal: Convênio...: UNIMED RECIFE
Dias(s) Int: 10 Internação.: 27/10/2018 00:02
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 Cida.: /
Diagnóstico:
Протоколо.:
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	Datas/Horários
1 DIETA LIVRE	1			VO	8h/8h	
MEDICAMENTOS						
2 ONDASETRONA 2MG/ML - AMPOLA 2ML Obs.: Infusão lenta em 20 minutos.	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
> CLORETO DE SODIO 0,9% + 100ML		1 FRASCO AMPOLA				
3 TRAMADOL 50MG/ML - 1ML Obs.: se dor	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
> CLORETO DE SODIO 0,9% + 100ML		1 FRASCO AMPOLA				
4 DIPIRONA 600MG/ML - 2ML Obs.: se dor	1	AMPOLA	S	IV	6h/6h	
> CLORETO DE SODIO 0,9% - AMPOLA 10ML		1 FRASCO AMPOLA				
5 DEXAMETASONA 2MG/ML - 1ML	1	AMPOLA		IV	12h/12h	

José M. Carvalho
Hospital Unimed Caruaru
José Assis Filho
Enfermeiro
COREN-PE 428980

MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA
CRM 19140

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 26



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 BESSERRA DO NASCIMENTO
Dt Nasc: 20/02/2000 (1Ba 8m 18d) Atendimento: 744971
Data: 07/11/2018 21:09
Peso.....: Altura: Sup. Corporal: Prescrição.: 952686
Dias(s) Int: 11 Convênio...: UNIMED RECIFE
Médico...: CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: INTERNAMENTO 2 - HUC Leito.: APTO. 22 - LEITO B Cobertura: ENFERMARIA
Cid....: SB26 FRATURA DO MALEÓLO LATERAL Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA - CRM: 18148
CLINICO: MÉDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA
CRM 19140

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 27

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, PAU DE ALICAR, Bairro CENTRO TAQUARITINGA DO NORTE, PE				
Medico do Atendimento:	CRM: 19148 - MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA	Data:	27/10/2018				
Nº Atendimento:	744971	Nº Prontuário:	119508	Serviço:	ORTOPEDIA E	Hora:	00:02

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTOPEDIA

HD: FX TN2 D
PCT 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 BESSERRA DO NASCIMENTO
Dt Nasc: 20/02/2000 (18m 8m 19d) Atendimento: 744971
Data: 08/11/2018 22:10 Convênio.: UNIMED RECIFE
Peso: Altura: Spp. Corpora: 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
Cld.: S826 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL Clic.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO....: MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA - CRM: 19148
PUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Alta Vigilância

Alergia

Antimicrobiano

TIPO	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
DIETA	1			VO	8h/8h	
1 DIETA LIVRE						
ANTIBIOTICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 <input checked="" type="checkbox"/> (D1/3) CEFAZOLINA 1G Obs.: Remontar 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 -> AGUA BIDESTILADA 10ML	1	FRASCO		IV	8h/8h	08/11/2018 22:10
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 ONDASETRONA 2MG/ML - AMPOLA 2ML Obs.: Infusão lenta em 20 minutos. -> CLORETO DE SODIO 0,9% - 100ML	1	AMPOLA	S	IV	8h/8h	
4 TRAMADOL 50MG/ML - 1ML Obs.: se dor ✓ -> CLORETO DE SODIO 0,9% - 100ML	1	AMPOLA		IV	8h/8h	
5 DIPIRONA 500MG/ML - 2ML Obs.: se dor -> CLORETO DE SODIO 0,9% - AMPOLA 10ML	1	AMPOLA	S	IV	6h/6h	
6 CLORETO DE SODIO 0,9% - 500ML	1	FRASCO		IV	1x ao dia	
7 TENOXICAM 20MG - FRASCO AMPOLA Obs.: Remontar em 2mL de água destilada. -> AGUA BIDESTILADA 10ML	1	FRASCO		IV	12h/12h	

MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA
CRM 19148

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





Paciente...: 119508 - MARCUS VINICIUS BESSERRA DO NASCIMENTO
Dt Nasc: 20/02/2000 (18a 8m 20d) Atendimento: 744971
Data: 09/11/2018 16:59 Prescrição.: 953000
Peso..... Altura: Sup. Corporeo: Convênio...: UNIMED RECEBE
Dias(s) Int: 13 Internação.: 27/10/2018 00:02
Médico...: CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Unid. Inf.: INTERNAMENTO 2 - HUC Leito.: APTO. 22 - LEITO B Cobertura: ENFERMARIA
Cid.....: S826 FRATURA DO MALEGLÔ LATERAL Cide.: /
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	Apt	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA LIVRE	1			VO	8h/8h	
ANTIBIÓTICOS	Qtd	Unidade	SN	Apt	Frequência	Datas/Horários
2 <input checked="" type="checkbox"/> (02/3) 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				
> ÁGUA BIDESTILADA 10ML	1	AMPOLA				
MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apt	Frequência	Datas/Horários
3 ONDASETRONA 2MG/ML - AMPOLA 2ML	1	AMPOLA	5	IV	8h/8h	
Obs.: Infusão lenta 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 DIPIRONA 500MG/ML - 2ML	1	AMPOLA	5	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	1x 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
Clínica do Tornozelo Ortopédico / Quadril
LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM 13925

Hospital Unimed Caruaru
Mayssa Kelly de Lima
Enfermeira
COPEN-PE 556 AM 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 BESSERRA DO NASCIMENTO
Dt Nasc: 20/02/2000 (10a 0m 21d) Atendimento: 744971
Data: 10/11/2018 10:58 Prescrição.: 954908
Peso.....: Altura: Sup. Corporal: Convênio...: UNIMED RECIFE
Olho(s) int: 14 Internação.: 27/10/2018 00:02
Médico...: CLÁUDIO 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 Ciclo.: /
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

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Ap1	Frequência	Dosis/literias
<input checked="" type="checkbox"/> RX PE OU PODODACTILOS ; Exame: 138193	1					
<input checked="" type="checkbox"/> RX ARTICULACAO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) ; Exame: 138193	1					

MARCIO LACERDA MARTINS DE OLIVEIRA
CRM 19148

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 31



HOSPITAL MUNICIPAL
Nossa Senhora de Fátima

TORITAMA

Nome: Marcos Vinícius Bezerra
do Nascimento

Lamento,
que seu filho (Hospital), Traente
de Fátima em Tríduo Santa
Sexta de Fevereiro, após colisão
automóvel motorizado.
Referindo dor intensa
localizada.

Data: 26/01/13

Assinatura:

ARUANA SEGUINADORA
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 881, 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 Prontuario: 119508 Serviço: ORTOPEDIA E Hora: 18:28

PRONTO ATENDIMENTO - URGÊNCIA

SINAIS VITais		DADOS ANTROPOMETRICOS	
P.A. Sistólica	X	Bpm	Peso: Kg
H.G.T.		Tempo	Altura: Cm
P.A. Diastólica			
Frequência Cardíaca:			
Frequência Respiratória:			

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 PROVVISORIA NO MIO

EXAMES COMPLEMENTARES

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

ESTADO FÍSICO GERAL

<input checked="" type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> GRAVE	<input type="checkbox"/> FEBRIL	<input type="checkbox"/> AFEBRIL	<input type="checkbox"/> CIANÓTICO
<input type="checkbox"/> HIDRATADO	<input type="checkbox"/> DESIDRATADO		<input type="checkbox"/> CONSCIENTE	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> ACIANÓTICO
<input type="checkbox"/> CORADO	<input type="checkbox"/> PÁLIDO		<input type="checkbox"/> ORIENTADO	<input type="checkbox"/> 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 Antônio da Silva, 549 - Bairro Universitário
(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...: 119608 - MARCUS VINICIUS BESSERRA DO NASCIMENTO
Dt Nasc: 20/02/2000 (18a Bm Gd) Atendimento: 744895
Data: 26/10/2018 18:44
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Diar(a) Int: 0
Médico: CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO - CRM 2913
FUNÇÃO: MÉDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Unic. Int.: Lote: Cobertura:
Cid: S826 FRATURA DO MÁLEOLO LATERAL Ciclo: /
Diagnóstico:
Protocolo: /
Classificação de Risco: URG

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

1ª VIA



Classificação de Risco: URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Dr. Claudio Raposo
Tratante: Ortoped.
CRM 2913
CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO
CRM 2913

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 34



UNIMED CARUARU COOP. TRAB MEDICO
MV PEP Pronluário 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 (1Ba 8m 6d) Atendimento: 744895
Data: 26/10/2018 19:30
Peso: Altura: Sup. Corporea:
Dias(s) int: 0
Médico: CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO - CRM 2913
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: SB26 FRATURA DO MALEÓLIO LATERAL Ciclo: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: URG

Prescrição.: 942756
Convênio...: UNIMED RECEIPE
Internação.: 26/10/2018 10:28

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS DE ORTOPEDIA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIO TALA IPO BOTA	1				Agora	

CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO
CRM 2913
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA
26/10/2018 19:30

CLAUDIO JOSE GOMES PIRES RAPOSO
CRM 2913

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 35

HOSPITAL UNIMED CARUARU

Nome do Paciente: MARCUS VINÍCIUS BESSERRA DO NASCIMENTO Dt. Nascimento: 20/02/2000
 Nome da Mãe: ERIS IRENE BESSERRA Endereço: RUA DA LIBERDADE, Nº 888, PAO DE AÇAII, Bairro
 Centro TAQUARITINGA DO NORTE, PE
 Medien do Atendimento: COREN: 123 - TZABEL CRISTINA Data: 26/10/2016
 Nº Atendimento: 744895 Nº Prontuário: 119508 Serviço: ORTOPEDIA E Hora: 18:28

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Paciente atendido neste serviço, apresentando EG R administrada medicações conforme prescrição médica, utilizando os seguintes itens:

HORA DA ADM: HORA DA ALTA: 19:40

	ITEM	Quanti.	ITEM
	Luva Estéril nº		Luva Estéril nº
	Fâmina de Bisturi nº		Jelco nº
05	Atadura Creponi nº 10CM		Scalp nº
06	Atadura Gessada nº 10CM		Pacote de Gaze Estéril
22	Algodão Ortopédico nº 15CM		Pofix
	Kit de Aspiração nº		Toracaria de 3 vias
	Kit de oxigênio(62)		Equipo Simples
02M1	Malla de algodão Tubular (metros)		Equipo de bomba Transolix
20CM	Outros: MICROPORF BOX 10		

Obrigatório: Hora de Início: Hora de Término: Hora de Início: Hora de Término:

Classificação de risco: Amarela Hora de Término:

Documentos: SVD | SVA | SMG | SNG | SNEI | AVC Múltiplos | Duplo Lumen | Intracath |

ANOTAÇÕES IRRELEVANTES DE ENFERMAGEM

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

JUSTIFICATIVA DE EXCESSO DE MATERIAIS

TZABEL CRISTINA COREN: Nº 123

Enfermagem-Urgência e Emergência

Rua Pedro Amorim de Souza, 549 - Bairro: Jardim das Oliveiras
Cidade: CARUARU - PE CEP: 56301-000 - CNPJ: 23.320.222/0001-01



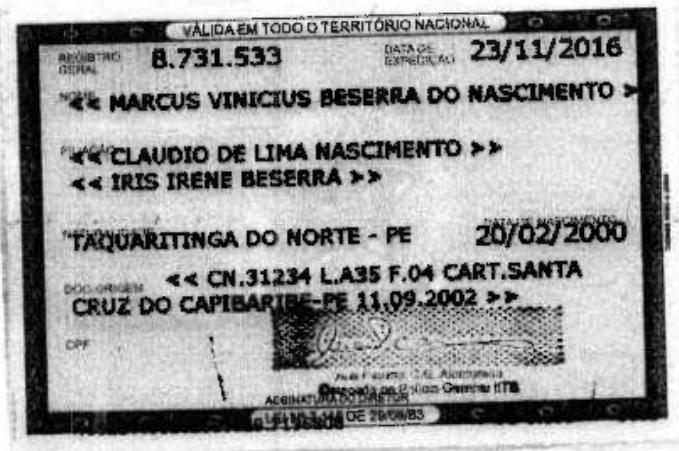
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
 Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 36



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 37



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 38



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF
Número
144.984.364-66
Nome
MARCUS VINICIUS BESSERRA DO NASCIMENTO
Nascimento
20/02/2000



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 02/12/2020 11:28:22
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120211282226200000070519891>
Número do documento: 20120211282226200000070519891

Num. 71930760 - Pág. 39

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: 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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 10/10/2019

Data do cadastramento: 10/10/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Nome: Josyelli de Oliveira Cabral
CPF: 054.598.464-55

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Josyelli de Oliveira Cabral

