

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210042733 **Cidade:** Ipaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO **Data do acidente:** 02/11/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.
P 1/2/10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO HÁLUX ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 11_ ANEXO/X - DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR.CLAYTON D. MELO FILHO, CRM19150 DE 02/02/2021.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000039000-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1503202105000000000023700997000000039000101250 PAGO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 067.543.993-09 4 - Nome completo da vítima: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITÃO

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

5 - Nome completo: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITÃO 6 - CPF: 067.543.993-09
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA JOÃO LUCIANO 9 - Número: 54 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: IPAPORANGA 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 62.215-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 99915-9444

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 997 01 CONTA: 39.000 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, IPAPORANGA/CE, 02.02.2023.

x marcos antonio pereira leitão
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 141 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/01/2021 10:02:48**
Data / Hora da Ocorrência: **02/11/2020 06:40:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD BR 404 - IPAPORANGA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIVALDO CAVALCANTE MARTINS**
Nascimento: **09/09/1980** CPF: **873.680.303-06**
CNH: **02057372639** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA IDEI CAVALCANTE MARTINS**
JOAO FERREIRA MARTINS
Endereço: **RUA PADRE IBIAPINA, 154**
Bairro: **FATIMA I**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98190-7360**

Nome: **MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITÃO**
Nascimento: **27/11/2000** CPF: **067.543.993-09**
RG: **20180494370** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA**
ANTONIO SALES LEITÃO
Endereço: **RUA JOÃO LUCIANO, 54**
Bairro: **CENTRO**
Município: **IPAPORANGA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99636-6654**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUY0702 Uf: CE Município: CRATEUS Chassi:
9C2KC1610AR028029 Renavam: 204261171 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX KS Ano
Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: VERMELHA Proprietário: ELIVALDO CAVALCANTE MARTINS
Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

O declarante afirma que no dia, hora e local acima informado, foi vítima de acidente de trânsito quando conduzia a motocicleta acima descrita, e que na ocasião dos fatos levava na garupa o Sr. Marcos Antonio Pereira Leitão, presente no registro deste Boletim de Ocorrência; Relata que estavam saindo da cidade de Ipaporanga-CE, na rodovia BR 404, seguindo em direção à localidade de Vaca Morta, nesta municipalidade, e que ao acionar os freios da motocicleta, as lonas de freio travaram, ocasião em que perdeu o controle da motocicleta, caindo ambos ao solo; QUE do acidente o declarante restou lesionado no joelho direito, todavia não requererá o seu seguro DPVAT; QUE MARCOS ANTONIO sofreu uma fratura exposta no hálux ou dedo grande do pé esquerdo; QUE a Marcos Antonio foi socorrido por um

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

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Impresso nº 202151777

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 141 / 2021**

amigo de nome Antonio Eduardo para o Hospital Municipal Dra. Francy Frota, cidade de Ipaporanga-CE, e que no mesmo dia foi transferido para o Hospital São Lucas, nesta cidade, apresentando, neste ato, cópias dos referidos atendimentos médicos. Apresenta como testemunha do acidente o Sr. Antonio Pereira Batista, portador do RG nº 2006019014040-SSP-CE, e CPF 044.145.173-03, residente no Povoado Vaca Morta, Crateús-CE. E nada mais disse.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSÉ HILTON ALVES SAMPAIO - MAT.: 404574-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***R. Elvath Cavalcante Martins***VISTO DO(A) DELEGADO(A):****KAIO DAVIS CHAVES SILVA - MAT.: 30079310***X marcos antonio pereira lúcio**X Antonio Pereira Batista*

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 067.543.993-09 4 - Nome completo da vítima: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITÃO

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

5 - Nome completo: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITÃO 6 - CPF: 067.543.993-09
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA JOÃO LUCIANO 9 - Número: 54 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: IPAPORANGA 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 62.215-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 99915-9444

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 997 01 CONTA: 39.000 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, IPAPORANGA/CE, 02.02.2023.

x marcos antonio pereira leitão
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210042733

Vítima: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

Data do Acidente: 02/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

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\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 237

Agência: 00000997-0

Conta: 0000039000-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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



Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210042733 Vítima: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

Data do Acidente: 02/11/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

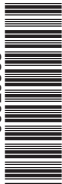
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos relatórios e demais documentos de todo tratamento médico realizado em internação/ambulatorial, inclusive cirúrgico, se houver, com a alta médica definitiva, pois não foram entregues. A documentação médica deverá indicar os procedimentos adotados, a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
--------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038255/21

Vítima: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

CPF: 067.543.993-09

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 02/11/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO : 067.543.993-09

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: 04/02/2021
Nome: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO
CPF: 067.543.993-09

MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2021
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0038255/21

Número do Sinistro: 3210042733

Vítima: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

CPF: 067.543.993-09

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 02/11/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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.

AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITÃO
CPF e/ou RG: 067.543.993-09

Informações do Acidente

Data do acidente: 02/33/2020

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA EXPOSTA DO MÁLUX ESQ. E ESCORIA-
ÇÕES EM MM.II. E MM.III.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO DE FRA-
TURA EXPOSTA E SUTURA LOCAL.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA E/OU FUNCIONAL DEFINI-
TIVA: → 1º PODODÁCTILO ESQ. 75%: LIMITAÇÃO
IMPORTANTE DA A.D.M. DO 1º PODODÁCTILO ESQ.
COM ANQUILOSE DO MÊSMO E DOR AOS MÍNIMOS
ESFORÇOS.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: 1º PODODÁCTILO ESQ.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (X) 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

02.02.2021 CRATEUS-CE

Local e data da realização da avaliação médica


Marcos Antonio Pereira Leitão
assinatura da vítima

Dr. Cláudio Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150


PROIBIDO PLASTIFICAR

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CERIAL 2018049437 - 0

DATA DE
EXPIRAÇÃO 21/02/2018

NOME
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITE

PRENOME
ANTONIO SALES LEITE

MATRIÇULA
MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA

DATA DE NASCIMENTO
27/11/2000

DOC. CIVIL
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TENO: 27692 FOLHA: 057V
LIVRO: A-29 CRAIEUS - CE
CPF 067.543.993-09

1 VIA

Assinatura do Titular

P.: 36

LEI Nº 7.116 DE 24/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
067.543.993-09

Nome
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

Nascimento
27/11/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
1F7B.428A.A982.B050

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 07:54:28 do dia 23/05/2012 (hora e data de Brasília)
dígitto verificador: 00

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Data: 02 / 11 / 2020

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

CNS: 700 0079 3371 2309

Nome: Mareos Ant^o Pereira Brito

Est. Civil: _____ Sexo: M Data do Nasc. 27 / 11 / 2000 Idade: 19

CPF: 067.543.993-09 RG: 2019049437-0 Orgão: SSP Data da exp.: 21 / 02 / 2018

Certidão de Nascimento: Nº do termo: _____ Livro: _____ Fls: _____

Nome do Cartório: _____

Naturalidade: Brasileira Prof.: _____

Procedência: Ipaporanga Tel.: _____

Residência: Rua João Carneiro

Filiação: Maria de Fátima P. Brito

Cônjuge: _____

2. QUEIXA PRINCIPAL: Acidente moto (sic) com Enxaquecas durante

com Fratura Hélix R (F)

3. HISTÓRIA ATUAL: glgaw 10

4. PESO _____ KG: _____ 5. P.A. _____ 6. TEMPERATURA: _____

7. EXAMES SOLICITADOS: _____

Gilvan Melo Marques

MÉDICO

CREMEC: 10784

Ass. Do Paciente ou Responsável

DATA

PROCEDIMENTO

Assinatura do Médico

RUBRICA

luxa + (F)
RX R (F)
Artes ortopedico + Gesso
Volturea (IM) 09:10
Dipirene (IM) 09:10

Dr. Gilvan Melo Marques
MÉDICO
CREMEC: 10784



ESTADO DO CEARÁ
GOVERNO MUNICIPAL DE
IPAPORANGA
A CERTEZA DE UM NOVO TEMPO



Governo Municipal
IPAPORANGA
Secretaria de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEA



Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Marcos Antonio Pereira Brito Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 27/11/2008 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento:

Resultado de Exames

Consulta já Realizada

Impressão Digital

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☒ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☒

Procedimento: _____ Profissional: Urologo / ortopedico

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames

Diagnóstico Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☒ Não ☒ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☒ Não ☒

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

(*) Utilizar também como resumo de alta

Ref.: 007 - GRU



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2020002

DADOS DO PACIENTE

Nome MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO				Prontuário/Atendimento 087156/0007	
Nascimento 27/11/2000		Local CRATEUS		Idade 19 Ano(s)	
Sexo Masculino		Raça/Cor Branca		Religião CATÓLICA	
Documento(s) CPF: 067.543.993-09				CNS 70.0007.933.7123-09	
Endereço RUA JOAO LUCIANO		Nº SN CENTRO		Município IPAPORANGA-CE	
Fone (88) 9636-6654		Profissão AGRICULTOR		Fone Empresa	
Responsável MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA				CPF do Responsável (88) 9201-6758	
Endereço Responsável CAMPO VACA MORTA				Cônjugue	
Mãe MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA				Pai ANTONIO SALES LEITAO	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 02/11/2020 15:02		Quarto/Leito 057-0005		Setor INTERNAÇÃO - PS	
Convênio SUS		Acomodação ENFERMARIA		Clínica CIRURGICA	
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA		Atendimento Médico		Dias 0	
CID Principal S92.0 Fratura do calcâneo		CID Complementar S92.0 Fratura do calcâneo		Guia CRM 6945	
Observação 292873		Usuário MARIA RODRIGUES MACEDO		Sispre natal	
Data Saída		Hora		Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário, e, por fim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 2 de novembro de 2020.

Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: MARIA RODRIGUES MACEDO

Assinatura do responsável



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO			087156/0007	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA		
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito		
02/11/2020	ENFERMARIA	057/0005		
Profissional Responsável			CRM	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945	
Convênio	Setor	Especialidade		
SUS	INTERNACAO - PS	CIRURGICA		
Diagnóstico				
S92.0 Fratura do calcâneo S92.0 Fratura do calcâneo				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 02/11/2020 18:27:46

PACIENTE ADMITIDO NESTA UNIDADE, PROVENIENTE DA URGENCIA EM (MEIO DE LOCOMOÇÃO), CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, AFEBRIL, VERBALIZA, DEAMBULA NEGA ALERGIA, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR, NEGA COMORBIDADES, APRESENTADO AS SEGUINTE QUEIXAS (FRATURA DO CALCANEIO). ORIENTADO QUANTO REGRAS E NORMAS DO SETOR.

Beatriz Pereira Nunes
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-CE 001.393.270

RESPONSÁVEL: TE: BEATRIZ PEREIRA NUNES - COREN-CE 001393270



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO			087156/0007
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA	
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito	
02/11/2020	ENFERMARIA	057/0005	
Profissional Responsável		CRM	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA		6945	
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	INTERNACÃO - PS	CIRURGICA	
Diagnóstico			
S92.0 Fratura do calcâneo S92.0 Fratura do calcâneo			

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 02/11/2020 20:00:00

REALIZADO ITEM 2, APOS PACIENTE ORIENTADO SOBRE MEDICAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIA.

RESPONSÁVEL: TE: LAINE GABRIELA RODRIGUES MORAIS - COREN-CE 1558534

Laine Gabriela Rodrigues Moraes
Técnica de Enfermagem
COREN 001.558.334

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 02/11/2020 21:30:00

REALIZADO ITEM 4 APOS PACIENTE ORIENTADO SOBRE A MEDICAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: LAINE GABRIELA RODRIGUES MORAIS - COREN-CE 1558534

Laine Gabriela Rodrigues Moraes
Técnica de Enfermagem
COREN 001.558.334

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 00:10:41

PACIENTE CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA COM AUXILIO, COM HISTORICO DE FRATURA EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO, NEGA QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. ACEITA DIETA OFERECIDA. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DA ENFERMAGEM.

RESPONSÁVEL: TE: LAINE GABRIELA RODRIGUES MORAIS - COREN-CE 1558534

Laine Gabriela Rodrigues Moraes
Técnica de Enfermagem
COREN 001.558.334

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 03:30:00

REALIZADO ITEM 3, 4 APOS PACIENTE ORIENTADO SOBRE MEDICAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIA.

RESPONSÁVEL: TE: LAINE GABRIELA RODRIGUES MORAIS - COREN-CE 1558534

Laine Gabriela Rodrigues Moraes
Técnica de Enfermagem
COREN 001.558.334

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 04:00:00

REALIZADO ITEM 5, APOS PACIENTE ORIENTADO SOBRE MEDICAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIA.



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO			087156/0007
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA	
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito	
02/11/2020	ENFERMARIA	057/0005	
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	INTERNACAO - PS	CIRURGICA	
Diagnóstico			
S92.0 Fratura do calcâneo S92.0 Fratura do calcâneo			

Laine Gabriela Rodrigues Moraes

Técnica de Enfermagem

CCREN: 001.558.334

RESPONSÁVEL: TE: LAINE GABRIELA RODRIGUES MORAIS - COREN-CE 1558534



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário		
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO			087156/0007		
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe			
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA			
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito			
02/11/2020	ENFERMARIA	067/0003			
Profissional Responsável			CRM		
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945		
Convênio	Setor	Especialidade			
SUS	INTERNACAO - PS	CIRURGICA			
Diagnóstico					
S92.0 Fratura do calcâneo S92.0 Fratura do calcâneo					

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 16:17:55

PACIENTE ENCAMINHADO PARA O CC EM CADEIRA DE RODAS, ACOMPANHADO DO MAQUEIRO PLANTONISTA, JUNTO COM PRONTUÁRIO.

RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

Tatiane Ferreira da Ponte
Téc. de Enfermagem
Coren: 001.100.311



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO			087156/0007	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA		
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito		CRM
02/11/2020	ENFERMARIA	067/0003		6945
Profissional Responsável				
JAMIL SANCHES JORQUEIRA				
Convênio	Setor	Especialidade		
SUS	INTERNACAO - PS	CIRURGICA		
Diagnóstico				
S92.0 Fratura do calcâneo S92.0 Fratura do calcâneo				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 09:30:19

REALIZADO ITEM 04 CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, APÓS PACIENTE/ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. SEM INTERCORRÊNCIAS

RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

Tatiane Ferreira da Ponte
Téc. de Enfermagem
Coren: 001.100.311

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 10:17:58

REALIZADO CURATIVO EM MMSS E MMII USADO SORO FISIOLÓGICO PARA LIMPEZA, USADO SULFADIAZINA DE PRATA, KOLAGENSAE E AGE. COBERTO E IDENTIFICADO

RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

Tatiane Ferreira da Ponte
Téc. de Enfermagem
Coren: 001.100.311

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 10:29:16

PACIENTE ADULTO EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA COM AUXÍLIO, CALMO, AFEBRIL, EM AMBIENTE, COM HISTÓRICO DE FRATURA EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO, NEGA QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. ACEITA DIETA OFERECIDA. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DA ENFERMAGEM.

RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

Tatiane Ferreira da Ponte
Téc. de Enfermagem
Coren: 001.100.311

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 16:00:03

REALIZADO ITEM 02,03,04,05 CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE/ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. SEM INTERCORRÊNCIAS

RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 01100311

Tatiane Ferreira da Ponte
Téc. de Enfermagem
Coren: 001.100.311

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

**ANOTAÇÕES DE
ENFERMAGEM EM
CENTRO CIRÚRGICO**

Paciente: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO
Data de Int: 02/11/2020 Dt de Nasc: 27/11/2000
Convênio: SUS Prontuário: 087156
Município: IPAPORANGA-CE
Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA

DATA DA IMPLATAÇÃO	VERSÃO	DATA DA ÚLTIMA REVISÃO	IDENTIFICAÇÃO
2017	2	22.06.2020	EQ: PRONT 022/013

ADMISSÃO PRÉ-OPERATÓRIA EM CENTRO CIRÚRGICO

Data: 03 / 11 / 20 Hora: 16 : 34 Cirurgia Porposta: _____
PA: 128 x 99 mmHg FC: 79 bpm FR: 24 rpm T: 36.7 °C Dor: 0
SpO2: 99 % Glicemia: 101 mg/dL
Medicação pré-anestésica: () Não () Sim Qual: _____
Encaminhado para a sala operatória: ____/____/____ às ____ : ____
Observação:

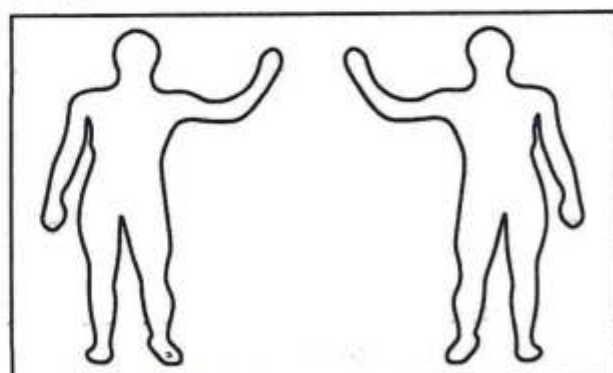
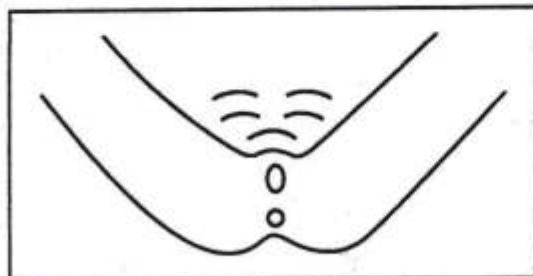
Paciente admitido nesta unidade de CC para realizar procedimento cirurgico em colesonhar, digu, no lue do MIE, consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas, nega alergia medicamentosa e qualquer comorbidade

Profissional responsável: Dr. Jandiel Ferreira Lima
COREN-CE 001.186.918 - TF

REGISTRO EM SALA OPERATÓRIA - TRANSOPERATÓRIO

Anestesia: _____ Início da anestesia 19 : 01 Sala: A Início da Cirurgia 19 : 08
Tipo de Anestesia: () Raquidiana () Geral (☒) Local () Bloqueio Anestésico () Sedação
Cirurgião: Dr. Jandiel 1º Auxiliar: _____ Instrumentador(es) Turizinha /
Posição do paciente em mesa operatória: (☒) Dorsal () Ginecológica () Ventral () Lateral
Soluções Antissépticas:
(☒) Clorexidina Degermante () Clorexidina Aquosa (☒) Clorexidina Alcólica () Álcool Iodado
() Álcool 70% () Iodopolidona degermante () Iodopolidona Tópico

Localização de:
(o) Eletrodos
(_) Incisão Cirurgia
(#) Drenos
(=) Placa de Bisturi



Anterior

Posterior

Transoperatório: Hora 19 : 25 PA: 110 x 70 mmHg FC: 77 bpm FR: 19 rpm T: 36 °C SpO2 99 %
Infusão de Hemoderivados: () Não () Sim → ____ CHD ____ PFC ____ Plaquetas
Exames durante o transoperatório: () RX () Laboratorial () _____ () Não se aplica
Cirurgia Realizada: Tratamento Cirurgico de Fa Término da Cirurgia 19 : 15
Encaminhado pa SRPA: ____/____/____ às ____ : ____
Intercorrências:

Profissional responsável:

Thaiane Rodrigues Baldo
Téc. em Enfermagem
COREN: 001.300.370

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Data: 02 / 11 / 2020

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

CNS: 700 0079 3371 2309

Nome: Mareos Ant^o Pereira Brito

Est. Civil: _____ Sexo: M Data do Nasc. 27 / 11 / 2000 Idade: 19

CPF: 067.543.993-09 RG: 2019049437-0 Orgão: SSP Data da exp.: 21 / 02 / 2018

Certidão do Nascimento: Nº do termo: _____ Livro: _____ Fls: _____

Nome do Cartório: _____

Naturalidade: Brasileira Prof.: _____

Procedência: Ipaporanga Tel.: _____

Residência: Rua João Carneiro

Filiação: Maria de Fátima P. Brito

Cônjuge: _____

2. QUEIXA PRINCIPAL: Acidente moto (sic) com Enxaquecas durante

com Fratura Hélix R (F)

3. HISTÓRIA ATUAL: glgaw 15

4. PESO _____ KG: _____ 5. P.A. _____ 6. TEMPERATURA: _____

7. EXAMES SOLICITADOS: _____

Gilvan Melo Marques

MÉDICO

CREMEC: 10784

Ass. Do Paciente ou Responsável

DATA

PROCEDIMENTO

Assinatura do Médico

RUBRICA

luxa + (F)
RX R (F)
Atos ortopedico + Guelita
voltores (IM) 09:10
Dipirene (IM) 09:10

Dr. Gilvan Melo Marques
MÉDICO
CREMEC: 10784



ESTADO DO CEARÁ
GOVERNO MUNICIPAL DE
IPAPORANGA
A CERTEZA DE UM NOVO TEMPO



Governo Municipal
IPAPORANGA
Secretaria de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEA



Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Marcos Antonio Pereira Brito Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 27/11/2008 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima acidente moto (sic)

Resultado de Exames: Lesão Fratura exposta Humerus PE (E)

Consulta já Realizada: Fato Vítima / Dinâmica / Causa

Impressão Digital: Fratura Humerus (E)

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: Medico Função: 02/10/2020 Hora: _____

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☒ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☒

Procedimento: _____ Profissional: Uretero / ortopedista

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____

Secundário 1: _____ CID: _____

Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Consulta para Seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☒ Não ☒ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☒ Não ☒

Assinatura do Consultante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: ____/____/____

(*) Utilizar também como resumo de alta

Ref.: 007 - GRU



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

v2020002

DADOS DO PACIENTE

Nome MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO				Prontuário/Atendimento 087156/0007	
Nascimento 27/11/2000		Local CRATEUS		Idade 19 Ano(s)	
Sexo Masculino		Raça/Cor Branca		Religião CATÓLICA	
Documento(s) CPF: 067.543.993-09				CNS 70.0007.933.7123-09	
Endereço RUA JOAO LUCIANO		Nº SN CENTRO		Município IPAPORANGA-CE	
Fone (88) 9636-6654		Profissão AGRICULTOR		Fone Empresa	
Responsável MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA				CPF do Responsável (88) 9201-6758	
Endereço Responsável CAMPO VACA MORTA				Cônjugue	
Mãe MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA				Pai ANTONIO SALES LEITAO	

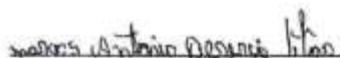
DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 02/11/2020 15:02		Quarto/Leito 057-0005		Setor INTERNAÇÃO - PS	
Convênio SUS		Acomodação ENFERMARIA		Clínica CIRURGICA	
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA		Atendimento Médico		Dias 0	
CID Principal S92.0 Fratura do calcâneo		CID Complementar S92.0 Fratura do calcâneo		Guia CRM 6945	
Observação 292873		Usuário MARIA RODRIGUES MACEDO		Sispre natal	
Data Saída		Hora		Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário, e, por fim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 2 de novembro de 2020.


Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: MARIA RODRIGUES MACEDO

Assinatura do responsável



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO			087156/0007	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA		
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito		
02/11/2020	ENFERMARIA	057/0005		
Profissional Responsável			CRM	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945	
Convênio	Setor	Especialidade		
SUS	INTERNACAO - PS	CIRURGICA		
Diagnóstico				
S92.0 Fratura do calcâneo S92.0 Fratura do calcâneo				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 02/11/2020 18:27:46

PACIENTE ADMITIDO NESTA UNIDADE, PROVENIENTE DA URGENCIA EM (MEIO DE LOCOMOÇÃO), CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, AFEBRIL, VERBALIZA, DEAMBULA NEGA ALERGIA, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR, NEGA COMORBIDADES, APRESENTADO AS SEGUINTE QUEIXAS (FRATURA DO CALCANEIO). ORIENTADO QUANTO REGRAS E NORMAS DO SETOR.

Beatriz Pereira Nunes
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN-CE 001.393.270

RESPONSÁVEL: TE: BEATRIZ PEREIRA NUNES - COREN-CE 001393270



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO			087156/0007
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA	
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito	
02/11/2020	ENFERMARIA	057/0005	
Profissional Responsável		CRM	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA		6945	
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	INTERNACÃO - PS	CIRURGICA	
Diagnóstico			
S92.0 Fratura do calcâneo S92.0 Fratura do calcâneo			

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 02/11/2020 20:00:00

REALIZADO ITEM 2, APOS PACIENTE ORIENTADO SOBRE MEDICAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIA.

RESPONSÁVEL: TE: LAINE GABRIELA RODRIGUES MORAIS - COREN-CE 1558534

Laine Gabriela Rodrigues Moraes
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 1558.334

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 02/11/2020 21:30:00

REALIZADO ITEM 4 APOS PACIENTE ORIENTADO SOBRE A MEDICAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL: TE: LAINE GABRIELA RODRIGUES MORAIS - COREN-CE 1558534

Laine Gabriela Rodrigues Moraes
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 1558.334

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 00:10:41

PACIENTE CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA COM AUXILIO, COM HISTORICO DE FRATURA EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO, NEGA QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. ACEITA DIETA OFERECIDA. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DA ENFERMAGEM.

RESPONSÁVEL: TE: LAINE GABRIELA RODRIGUES MORAIS - COREN-CE 1558534

Laine Gabriela Rodrigues Moraes
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 1558.334

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 03:30:00

REALIZADO ITEM 3, 4 APOS PACIENTE ORIENTADO SOBRE MEDICAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIA.

RESPONSÁVEL: TE: LAINE GABRIELA RODRIGUES MORAIS - COREN-CE 1558534

Laine Gabriela Rodrigues Moraes
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 1558.334

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 04:00:00

REALIZADO ITEM 5, APOS PACIENTE ORIENTADO SOBRE MEDICAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIA.



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO			087156/0007
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA	
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito	
02/11/2020	ENFERMARIA	057/0005	
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	INTERNACAO - PS	CIRURGICA	
Diagnóstico			
S92.0 Fratura do calcâneo S92.0 Fratura do calcâneo			

Laine Gabriela Rodrigues Moraes

Técnica de Enfermagem

CCREN: 001.558.334

RESPONSÁVEL: TE: LAINE GABRIELA RODRIGUES MORAIS - COREN-CE 1558534



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário		
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO			087156/0007		
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe			
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA			
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito		
02/11/2020	ENFERMARIA		067/0003		
Profissional Responsável			CRM		
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945		
Convênio	Setor	Especialidade			
SUS	INTERNACAO - PS	CIRURGICA			
Diagnóstico					
S92.0 Fratura do calcâneo S92.0 Fratura do calcâneo					

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 16:17:55

PACIENTE ENCAMINHADO PARA O CC EM CADEIRA DE RODAS, ACOMPANHADO DO MAQUEIRO PLANTONISTA, JUNTO COM PRONTUÁRIO.

RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

Tatiane Ferreira da Ponte
Téc. de Enfermagem
Coren: 001.100.311



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário		
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO			087156/0007		
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe			
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA			
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito			
02/11/2020	ENFERMARIA	067/0003			
Profissional Responsável			CRM		
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945		
Convênio	Setor	Especialidade			
SUS	INTERNACAO - PS	CIRURGICA			
Diagnóstico					
S92.0 Fratura do calcâneo S92.0 Fratura do calcâneo					

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 09:30:19

REALIZADO ITEM 04 CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, APÓS PACIENTE/ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. SEM INTERCORRÊNCIAS

RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

Tatiane Ferreira da Ponte
Téc. de Enfermagem
Coren: 001.100.311

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 10:17:58

REALIZADO CURATIVO EM MMSS E MMII USADO SORO FISIOLÓGICO PARA LIMPEZA, USADO SULFADIAZINA DE PRATA, KOLAGENSAE E AGE. COBERTO E IDENTIFICADO

RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

Tatiane Ferreira da Ponte
Téc. de Enfermagem
Coren: 001.100.311

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 10:29:16

PACIENTE ADULTO EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA COM AUXÍLIO, CALMO, AFEBRIL, EM AMBIENTE, COM HISTÓRICO DE FRATURA EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO, NEGA QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. ACEITA DIETA OFERECIDA. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DA ENFERMAGEM.

RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

Tatiane Ferreira da Ponte
Téc. de Enfermagem
Coren: 001.100.311

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 03/11/2020 16:00:03

REALIZADO ITEM 02,03,04,05 CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE/ACOMPANHANTE ORIENTADOS QUANTO MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO. SEM INTERCORRÊNCIAS

Tatiane Ferreira da Ponte
Téc. de Enfermagem
Coren: 001.100.311

RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 01100311

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

**ANOTAÇÕES DE
ENFERMAGEM EM
CENTRO CIRÚRGICO**

Paciente: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO
Data de Int: 02/11/2020 Dt de Nasc: 27/11/2000
Convênio: SUS Prontuário: 087156
Município: IPAPORANGA-CE
Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA

DATA DA IMPLATAÇÃO	VERSÃO	DATA DA ÚLTIMA REVISÃO	IDENTIFICAÇÃO
2017	2	22.06.2020	EQ: PRONT 022/013

ADMISSÃO PRÉ-OPERATÓRIA EM CENTRO CIRÚRGICO

Data: 03 / 11 / 20 Hora: 16 : 34 Cirurgia Porposta: _____
PA: 128 x 99 mmHg FC: 79 bpm FR: 24 rpm T: 36.7 °C Dor: 0
SpO2: 99 % Glicemia: 101 mg/dL
Medicação pré-anestésica: () Não () Sim Qual: _____
Encaminhado para a sala operatória: ____/____/____ às ____ : ____
Observação:

Paciente admitido nesta unidade de CC para realizar procedimento cirurgico em colesonho, digu, no lue do MIE, consciente, orientado, verbalizando suas necessidades básicas, nega alergia medicamentosa e qualquer comorbidade

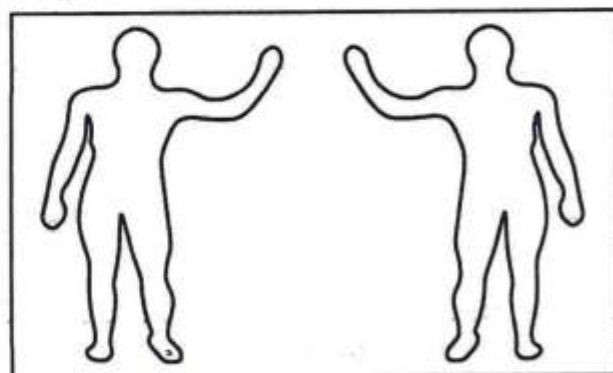
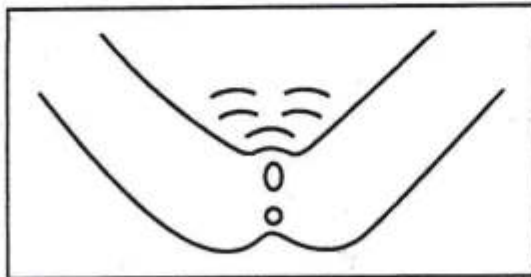
Profissional responsável: Dr. Jandiel Ferreira Lima
COREN-CE 001.186.918 - 14

REGISTRO EM SALA OPERATÓRIA - TRANSOPERATÓRIO

Anestesia: _____ Início da anestesia 19 : 01 Sala: A Início da Cirurgia 19 : 08
Tipo de Anestesia: () Raquidiana () Geral (☒) Local () Bloqueio Anestésico () Sedação
Cirurgião: Dr. Jandiel 1º Auxiliar: _____ Instrumentador(es) Turizinha /
Posição do paciente em mesa operatória: (☒) Dorsal () Ginecológica () Ventral () Lateral
Soluções Antissépticas:
(☒) Clorexidina Degermante () Clorexidina Aquosa (☒) Clorexidina Alcólica () Álcool Iodado
() Álcool 70% () Iodopolidona degermante () Iodopolidona Tópico

Localização de:

- (o) Eletrodos
(_) Incisão Cirurgia
(#) Drenos
(=) Placa de Bisturi



Anterior

Posterior

Transoperatório: Hora 19 : 25 PA: 110 x 70 mmHg FC: 77 bpm FR: 19 rpm T: 36 °C SpO2 99 %
Infusão de Hemoderivados: () Não () Sim → ____ CHD ____ PFC ____ Plaquetas
Exames durante o transoperatório: () RX () Laboratorial () ____ () Não se aplica
Cirurgia Realizada: Tratamento Cirurgico de FaTérmino da Cirurgia 19 : 15
Encaminhado pa SRPA: ____/____/____ às ____ : ____
Intercorrências:

Profissional responsável:

Thaiane Rodrigues Barbosa
Téc. em Enfermagem
COREN: 001.300.370

AVALIAÇÃO MÉDICA

Informações da vítima

Nome Completo: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITÃO
CPF e/ou RG: 067.543.993-09

Informações do Acidente

Data do acidente: 02/33/2020

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA EXPOSTA DO MÁLUX ESQ. E ESCORIA-
ÇÕES EM MMIS. E MM.SS.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO DE FRA-
TURA EXPOSTA. E SUTURA LOCAL.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA E/OU FUNCIONAL DEFINI-
TIVA: → 1º PODODÁCTILO ESQ. 75%: LIMITAÇÃO
IMPORTANTE DA A.D.M. DO 1º PODODÁCTILO ESQ.
COM ANQUILOSE DO MÊSMO E DOR AOS MÍNIMOS
ESFORÇOS.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: 1º PODODÁCTILO ESQ.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (X) 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

02.02.2021 CRATEUS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Marcos Antonio Pereira Leitão
assinatura da vítima

Dr. Cláudio Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150

Nº do Cliente:

8661275

A Tarifa única de Energia elétrica
foi criada pela Lei nº 90.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Veloso, 150

CEP 60135-240 | Fortaleza, CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.846-3

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N°

089323583

Rota IP016008 - 194500

2. Definição

11/2020

Nome MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA

Endereço RU JOAO LUCIANO, 00054, CENTRO, 62215-000,

IPAPORANGA

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 23/11/2020

Medidor 830766-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Próxima prevista
24/10/2020	27/11/2020	23/12/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FE	27,03	27,03	1,00	122	00	122	0,49242	4,97

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	7,97
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,19100	5,73
CONSUMO DE 031 KWH ATE 100 KWH	0,32829	22,98
CONSUMO DE 101 KWH ATE 133 KWH	0,49242	16,25
BENEFICIO TARIFARIO BRUTO	-	27,82
BENEFICIO TARIFARIO LIQUIDO	-	-26,26
JUROS MORATORIOS	-	19,15

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	72,78	1,04	0,73
COFINS	72,78	4,63	3,35

VENCIMENTO

01/12/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

73,64

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões

265.332.833-87

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consistência Ecológica (R/CO₂)

100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

- Unid. consumidora enquadrada na subclasse Resid. Baixa Renda, faturada com desc. tarifário de R\$ 26,26.

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 25/10 - 23/11



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 141 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/01/2021 10:02:48**
Data / Hora da Ocorrência: **02/11/2020 06:40:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD BR 404 - IPAPORANGA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIVALDO CAVALCANTE MARTINS**
Nascimento: **09/09/1980** CPF: **873.680.303-06**
CNH: **02057372639** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA IDEI CAVALCANTE MARTINS**
JOAO FERREIRA MARTINS
Endereço: **RUA PADRE IBIAPINA, 154**
Bairro: **FATIMA I**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98190-7360**

Nome: **MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITÃO**
Nascimento: **27/11/2000** CPF: **067.543.993-09**
RG: **20180494370** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA**
ANTONIO SALES LEITÃO
Endereço: **RUA JOÃO LUCIANO, 54**
Bairro: **CENTRO**
Município: **IPAPORANGA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99636-6654**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUY0702 Uf: CE Município: CRATEUS Chassi:
9C2KC1610AR028029 Renavam: 204261171 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX KS Ano
Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: VERMELHA Proprietário: ELIVALDO CAVALCANTE MARTINS
Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

O declarante afirma que no dia, hora e local acima informado, foi vítima de acidente de trânsito quando conduzia a motocicleta acima descrita, e que na ocasião dos fatos levava na garupa o Sr. Marcos Antonio Pereira Leitão, presente no registro deste Boletim de Ocorrência; Relata que estavam saindo da cidade de Ipaporanga-CE, na rodovia BR 404, seguindo em direção à localidade de Vaca Morta, nesta municipalidade, e que ao acionar os freios da motocicleta, as lonas de freio travaram, ocasião em que perdeu o controle da motocicleta, caindo ambos ao solo; QUE do acidente o declarante restou lesionado no joelho direito, todavia não requererá o seu seguro DPVAT; QUE MARCOS ANTONIO sofreu uma fratura exposta no hálux ou dedo grande do pé esquerdo; QUE a Marcos Antonio foi socorrido por um

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

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Impresso nº 202151777

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 141 / 2021**

amigo de nome Antonio Eduardo para o Hospital Municipal Dra. Francy Frota, cidade de Ipaporanga-CE, e que no mesmo dia foi transferido para o Hospital São Lucas, nesta cidade, apresentando, neste ato, cópias dos referidos atendimentos médicos. Apresenta como testemunha do acidente o Sr. Antonio Pereira Batista, portador do RG nº 2006019014040-SSP-CE, e CPF 044.145.173-03, residente no Povoado Vaca Morta, Crateús-CE. E nada mais disse.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340 do CPB).

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOSÉ HILTON ALVES SAMPAIO - MAT.: 404574-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***R. Elvath Cavalcante Martins***VISTO DO(A) DELEGADO(A):****KAIO DAVIS CHAVES SILVA - MAT.: 30079310***X marcos antonio pereira lúcio**X Antonio Pereira Batista*