

# 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
		<b>Total</b>	<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>

# 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

BRADESCO15032021050000000002370099700000039000101250 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 FERREIRA LIMA

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> MARCOS ANTONIO FERREIRA LIMA	6 - CPF: <input type="text"/> 067.543.993-09		
7 - Profissão: <input type="text"/> AGRICULTOR	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA JOÃO LUCIANO	9 - Número: <input type="text"/> 54	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> CENTRO	12 - Cidade: <input type="text"/> IPAPORANGA	13 - Estado: <input type="text"/> CE	14 - CEP: <input type="text"/> 62.215-000
15 - E-mail: <input type="text"/>		16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> (61) 99915-9991	

## 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: <input type="text"/>	18 - CPF do Representante Legal: <input type="text"/>	19 - Profissão do Representante Legal: <input type="text"/>
---	---	---

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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:   
 (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

## CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:  Bradesco /237

AGÊNCIA:  997 CONTA:  39.000

(Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

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

## 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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <input type="text"/>
--	--

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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos: <input type="checkbox"/> Vivos <input type="checkbox"/> Falecidos	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	--	--	---

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

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,  IPAPORANGA/CE, 02.02.2021

Marcos Antonio Ferreira Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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. Elvira Lopes Costa Martin.*

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

KAIO DAVIS CHAVES SILVA - MAT.: 30079310

*X* *mais Antonio Pereira Batista*

*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 FERREIRA LIMA

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 FERREIRA LIMA 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:  CE 14 - CEP:  62.215-000  
15 - E-mail:  (061) 99915-9991

DADOS CADASTRAIS

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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:  Bradesco /237

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:  IPAPORANGA/CE, 02.02.2021

Marcos Antonio Ferreira Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/11/2020

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

---

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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/11/2020

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-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](http://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: 02/03/2020

### Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

FRATURA EXPOSTA OG MÁLUX G50. E ESCORRIMENTOS EM MM.11. E MM.55.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO DE FRATURA 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 DEFINITIVA: → 1º PODOARTÍCULO G50. 75%: LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA A.D.M. DO 1º PODOARTÍCULO G50, COM ANQUILOSE DO MESMO E DOR NOS MÍNIMOS GESTOS.

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 suscetível(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 PODOARTÍCULO G50.

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( 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

02.03.2020 CRNEC-US-CE

Local e data da realização da avaliação médica

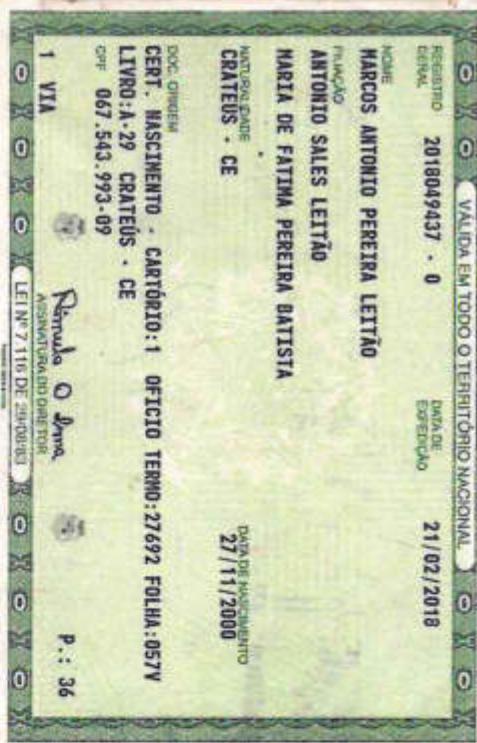
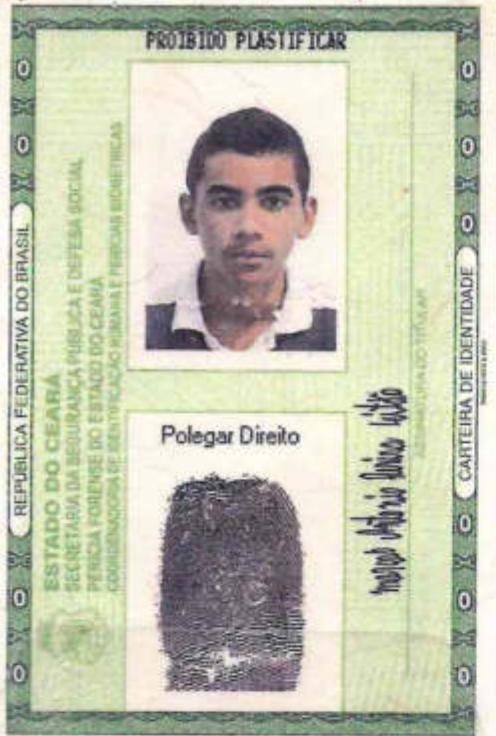
Xmarcos antônio pereira leitão

assinatura da vítima

Dr. Clayton Freyre Malo Filho

MÉDICO

CREMEO 19150



**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Data: 02 / 11 / 2020

**1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Nome: Manoel Antônio Pereira bentão

CNS: 700 0079 3371 2309

Est. Civil:

Sexo: M

Data do Nasc. 27/11/2000 Idade: 19

CPF: 067 543 993 - 09 RG: 20180494 37 - 0 Orgão: SSP Data da exp: 21/02/2018

Certidão de Nascimento: N° do termo:

Livro: \_\_\_\_\_ Fls: \_\_\_\_\_

Nome do Cartório:

Naturalidade: Aratéus

Prof.: \_\_\_\_\_

Procedência: Ipaporanga

Tel: \_\_\_\_\_

Residência: Rua João Leitão

Filiação: Maria de Fátima P. Ribeiro

Conjuge:

Acidilene Nóbrega (sic) Coor Ensinamentos diversos  
Coor Fratura Nôlex A (F)  
Glasgow 15

**2. QUEIXA PRINCIPAL:**

4. PESO \_\_\_\_\_ KG: \_\_\_\_\_ 5. P.A. \_\_\_\_\_

**6. TEMPERATURA:**

**7. EXAMES SOLICITADOS:**

Gilvan Melo Marques

MÉDICO

CREMEC: 10784

Aba. Do Paciente ou Responsável

PROCEDIMENTO

Assinatura do Médico

RUBRICA

Manoel Antônio Pereira bentão  
rx pé (E)  
Arthos ortopedia + Grafta  
voltar a JM  
Dr. Gilvane JM

09:10 ✓

09:10 ✓

Dr. Gilvan Melo Marques  
MÉDICO  
CREMEC: 10784



Pronto-Atendimento 24h  
2. Acomodar paciente no pronto atendimento  
3. Encaminhar paciente para a Unidade de Saúde para  
conferir com a enfermeira e o médico da Unidade de Saúde.

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Município:

Nome: Marcus Leônidas Pereira Góts Prontuário Nº \_\_\_\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento:

Piquete vitimado acidente moto (sic)  
Ceo fleture exposta Nolex p/ (P)  
escuhada p/ Cerdik Traumatologo

Consulta já Realizada:

Impressão Diagnóstica

Gilvan Mário Marques

Médico

Assinatura

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Fato Voltarne / Diagnose / Curativo.  
Futura traux (C) Médico 02/10/2020

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Profissional: Terato / ortopedia

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

**DADOS DO PACIENTE**

Nome <b>MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO</b>				Prontuário/Atendimento <b>087156/0007</b>	
Nascimento <b>27/11/2000</b>	Local <b>CRATEUS</b>	País/ Nacionalidade <b>Brasil</b>			Idade <b>19 Ano(s)</b>
Sexo <b>Masculino</b>	Raça/Cor <b>Branca</b>	Estado Civil <b>Solteiro(a)</b>		Religião <b>CATÓLICA</b>	
Documento(s) <b>CPF: 067.543.993-09</b>			CNS <b>70.0007.933.7123-09</b>		
Endereço <b>RUA JOAO LUCIANO</b>		Nº <b>SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>IPAPORANGA-CE</b>	CEP <b>62218-000</b>
Fone <b>(88) 9636-6654</b>	Profissão <b>AGRICULTOR</b>	Empresa			Fone Empresa
Responsável <b>MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA</b>			CPF do Responsável		Fone Responsável <b>(88) 9201-6758</b>
Endereço Responsável <b>CAMPO VACA MORTA</b>			Conjugue		
Mãe <b>MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA</b>			Pai <b>JOAQUIM SALES LEITAO</b>		

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

Data/Hora <b>02/11/2020 15:02</b>	Quarto/Leito <b>057-0005</b>	Admissão <b>ENFERMARIA</b>	Clínica <b>CIRURGICA</b>	Setor <b>INTERNACAO - PS</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Adm. - Saia	Adm. - Saia	Dias <b>0</b>	Guia
Médico <b>JAMIL SANCHES JORQUEIRA</b>				CRM <b>6945</b>	
CID Principal <b>S92.0 Fratura do calcâneo</b>			CID Complementar <b>S92.0 Fratura do calcâneo</b>		
Observação <b>292873</b>				Sisprenatal	
Usuário <b>MARIA RODRIGUES MACEDO</b>		Nome do Responsável <b>MARIA RODRIGUES MACEDO</b>		Usuário Saída	
Data Saída	Hora	Chamado da 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. Da mesma forma, 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

DATA:	CARIMBO
01/11/20	01:15:30h, paciente consciente orientado, sem disfunção deambulatório com auxílio, ad- aptando vestir calçado setor de urgência com motivo de fratura a ponta em pé esquerdo, queixando-se de dor local. Nega alergia documentada.
02/11/20	01 18:30h Realizou item 03, 04 e 05 conforme prescrição médica com orientação admissionar sem intercorrências.
02/11/20	01 19:05h Realizou item 02 conforme prescrição médica.
02/11/20	02:23:17h Foi encaminhado P/ observação P/ exames complementares.
	Antônio Erlsmar A. Siqueira Tec. Enfermagem- COREN-CE 1075131-TE

Periodo: 02/11/2020 07:00:00 à 02/11/2020 18:59:25

## 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					
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 - 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 SEGUINTEZ QUEIXAS (FRATURA DO CALCANEU), 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			Frontuário 087156/0007
<b>MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO</b>			
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA	Quarto/Leito
Data Internação	Aposento		057/0005
02/11/2020	ENFERMARIA		CRM 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 - 02/11/2020 20:00:00

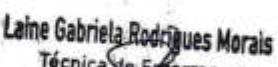
REALIZADO ITEM 2, APOS PACIENTE ORIENTADO SOBRE MEDICAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIA.

  
**Laine Gabriela Rodrigues Morais**  
Técnica de Enfermagem  
**COREN-CE 1558.334**

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

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

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

  
**Laine Gabriela Rodrigues Morais**  
Técnica de Enfermagem  
**COREN-CE 1558.334**

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

PACIENTE CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA COM AUXILIO, 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.

  
**Laine Gabriela Rodrigues Morais**  
Técnica de Enfermagem  
**COREN-CE 1558.334**

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

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

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

  
**Laine Gabriela Rodrigues Morais**  
Técnica de Enfermagem  
**COREN-CE 1558.334**

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

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

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



Período: 02/11/2020 19:00:00 à 03/11/2020 06:59:25

Dados Clínicos - Enfermagem

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

Laine Gabriela Rodrigues Moraes

Técnica de Enfermagem

COREN: 001.558.334

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

Periodo: 03/11/2020 07:00:00 à 03/11/2020 18:59:25

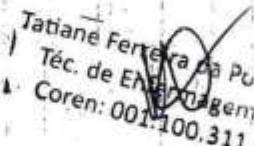
**Dados Clínicos - Enfermagem**

Paciente				Prontuário
<b>MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO</b>			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				
SUS	Setor		Especialidade	
Diagnóstico	INTERNACAO - PS		CIRURGICA	
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: 001100311

**Dados Clínicos - Enfermagem**

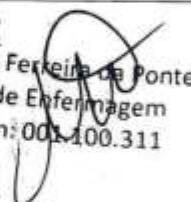
Paciente			Prontuário
<b>MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO</b>			087156/0007
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA	
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito
02/11/2020	ENFERMARIA		067/0003
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	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

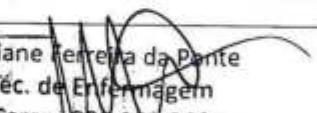
RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

  
 Tatiane Ferreira da Ponte  
 Téc. de Enfermagem  
 Coren: 001100.311

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

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

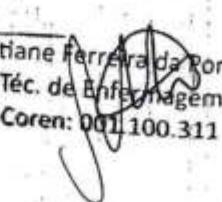
RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

  
 Tatiane Ferreira da Ponte  
 Téc. de Enfermagem  
 Coren: 001100.311

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

PACIENTE ADULTO EM REPOSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA COM AUXILIO, CALMO, AFEBRIL, EM AR AMBIENTE, COM HISTÓRICO DE FRATURA EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO, NEGA QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. ACEITA DIETA OFERECIDA. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRÉSENTES, SEGURO AOS CUIDADOS GERAIS DA ENFERMAGEM.

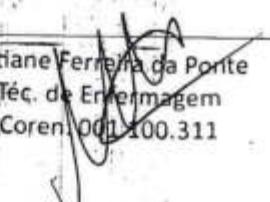
RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

  
 Tatiane Ferreira da Ponte  
 Téc. de Enfermagem  
 Coren: 001100.311

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 001100311

  
 Tatiane Ferreira da Ponte  
 Téc. de Enfermagem  
 Coren: 001100.311



ANOTAÇÕES DE  
ENFERMAGEM EM  
CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITRO  
Data da Int: 02/11/2020 Dt de Nasc: 27/11/2000  
Convênio: SUS Prontuário: 007156  
Município: IPAPORANGA-CE  
Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA

DATA DA IMPLATAÇÃO	VERSAO	DATA DA ULTIMA 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 neste unidade de CC para ressurgimento cirúrgico em coloconha, digu, no luxo do MIE, consciente, orientado verbalmente sua necessidade, báscicas, nenhuma alergia medicamentosa e qualquer comorbidade.

Fr. Jardel Ferreira Lima

Profissional responsável: COREN-CE 001.186.918-74

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. Jardel 1º Auxiliar Instrumentador(es) Turzenha /

Posição do paciente em mesa operatória: (✓) Dorsal ( ) Ginecológica ( ) Ventral ( ) Lateral

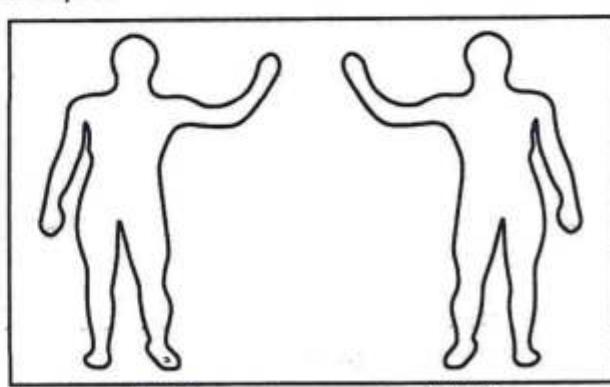
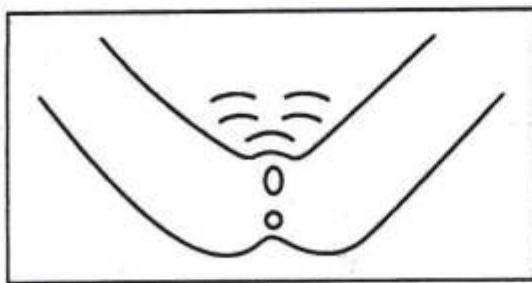
Soluções Antissépticas:

(✓) 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 Cirúrgico de Fra Término da Cirurgia 19 : 15

Encaminhado pa SRPA: / / às :

Intercorrências:

Profissional responsável:

g. Jardel Ferreira Lima  
Tec. em Enfermagem  
COREN: 001.186.918

**BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO**

Data: 02 / 11 / 2020

**1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Nome: Manoel Antônio Pereira bentão

CNS: 700 0079 3371 2309

Est. Civil:

Sexo: M

Data do Nasc. 27/11/2000 Idade: 19

CPF: 067 543 993 - 09 RG: 20180494 37 - 0 Orgão: SSP Data da exp: 21/02/2018

Certidão de Nascimento: N° do termo:

Livro: \_\_\_\_\_ Fls: \_\_\_\_\_

Nome do Cartório:

Naturalidade: Aratéus

Prof.: \_\_\_\_\_

Procedência: Ipaporanga

Tel: \_\_\_\_\_

Residência: Rua João Leitão

Filiação: Maria de Fátima P. Ribeiro

Conjuge:

Acidilene Nóbrega (sic) Coor Ensinamentos diversos  
Coor Fratura Nôlex A (F)  
Glasgow 15

**2. QUEIXA PRINCIPAL:**

4. PESO \_\_\_\_\_ KG: \_\_\_\_\_ 5. P.A. \_\_\_\_\_

**6. TEMPERATURA:**

**7. EXAMES SOLICITADOS:**

Gilvan Melo Marques

MÉDICO

CREMEC: 10784

Aba. Do Paciente ou Responsável

PROCEDIMENTO

Assinatura do Médico

RUBRICA

Manoel Antônio Pereira bentão  
rx pé (E)  
Arthos ortopedia + Grafta  
voltar a JM  
Dr. Gilvane JM

09:10 ✓

09:10 ✓

Dr. Gilvan Melo Marques  
MÉDICO  
CREMEC: 10784



Pronto-Atendimento 24h  
2. Acomodar paciente no pronto atendimento  
3. Encaminhar paciente para a Unidade de Saúde para  
conferir com a enfermeira e o médico de plantão  
4. Utilizar também como resumo de alta

Unidade de Origem:

Distrito Sanitário:

Município:

Nome: Marcus Leônidas Pereira Góts Prontuário Nº \_\_\_\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento:

Piquete vitimado acidente moto (sic)  
Ceo fleture exposta Nolex p/ @  
escuhada p/ Cerdik Traumatologo

Consulta já Realizada:

Impressão Diagnóstica

Gilvan Mário Marques

Médico

Assinatura

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Fato Vítima / Diagnose / Atend.  
Futura trat. (sic) Médico 02/10/2020

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Profissional: Terato / ortopedia

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

**DADOS DO PACIENTE**

Nome <b>MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO</b>				Prontuário/Atendimento <b>087156/0007</b>	
Nascimento <b>27/11/2000</b>	Local <b>CRATEUS</b>	País/ Nacionalidade <b>Brasil</b>			Idade <b>19 Ano(s)</b>
Sexo <b>Masculino</b>	Raça/Cor <b>Branca</b>	Estado Civil <b>Solteiro(a)</b>		Religião <b>CATÓLICA</b>	
Documento(s) <b>CPF: 067.543.993-09</b>			CNS <b>70.0007.933.7123-09</b>		
Endereço <b>RUA JOAO LUCIANO</b>		Nº <b>SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>IPAPORANGA-CE</b>	CEP <b>62218-000</b>
Fone <b>(88) 9636-6654</b>	Profissão <b>AGRICULTOR</b>	Empresa			Fone Empresa
Responsável <b>MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA</b>			CPF do Responsável		Fone Responsável <b>(88) 9201-6758</b>
Endereço Responsável <b>CAMPO VACA MORTA</b>			Conjugue		
Mãe <b>MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA</b>			Pai <b>JOAQUIM SALES LEITAO</b>		

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

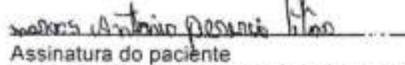
Data/Hora <b>02/11/2020 15:02</b>	Quarto/Leito <b>057-0005</b>	Admissão <b>ENFERMARIA</b>	Clínica <b>CIRURGICA</b>	Setor <b>INTERNACAO - PS</b>	
Convênio <b>SUS</b>		Adm. - Saia	Adm. - Saia	Dias <b>0</b>	Guia
Médico <b>JAMIL SANCHES JORQUEIRA</b>				CRM <b>6945</b>	
CID Principal <b>S92.0 Fratura do calcâneo</b>			CID Complementar <b>S92.0 Fratura do calcâneo</b>		
Observação <b>292873</b>				Sisprenatal	
Usuário <b>MARIA RODRIGUES MACEDO</b>				Usuário Saída	
Data Saída	Hora	Chamado da 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. Da mesma forma, 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



Periodo: 02/11/2020 07:00:00 à 02/11/2020 18:59:25

**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					
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 - 02/11/2020 18:27:46

PACIENTE ADMITIDO NESTA UNIDADE, PROVENIENTE DA URGÊNCIA EM (MEIO DE LOCOMOÇÃO), CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, AFEBRIL, VERBALIZA, DEAMBULA NEGA ALERGIA, NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR, NEGA COMORBIDADES, APRESENTADO AS SEGUINTEZ QUEIXAS (FRATURA DO CALCANEU), 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			Frontuário 087156/0007
<b>MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO</b>			
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA	Quarto/Leito
Data Internação	Aposento		057/0005
02/11/2020	ENFERMARIA		CRM 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 - 02/11/2020 20:00:00

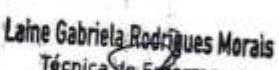
REALIZADO ITEM 2, APOS PACIENTE ORIENTADO SOBRE MEDICAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIA.

  
**Laine Gabriela Rodrigues Morais**  
Técnica de Enfermagem  
**COREN-CE 1558.334**

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

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

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

  
**Laine Gabriela Rodrigues Morais**  
Técnica de Enfermagem  
**COREN-CE 1558.334**

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

PACIENTE CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA COM AUXILIO, 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.

  
**Laine Gabriela Rodrigues Morais**  
Técnica de Enfermagem  
**COREN-CE 1558.334**

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

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

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

  
**Laine Gabriela Rodrigues Morais**  
Técnica de Enfermagem  
**COREN-CE 1558.334**

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

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

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



Período: 02/11/2020 19:00:00 à 03/11/2020 06:59:25

Dados Clínicos - Enfermagem

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

Laine Gabriela Rodrigues Moraes

Técnica de Enfermagem

COREN: 001.558.334

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

Periodo: 03/11/2020 07:00:00 à 03/11/2020 18:59:25

**Dados Clínicos - Enfermagem**

Paciente				Prontuário
<b>MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO</b>			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				
SUS	Setor		Especialidade	
Diagnóstico	INTERNACAO - PS		CIRURGICA	
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: 001100311

**Dados Clínicos - Enfermagem**

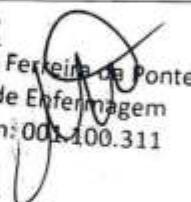
Paciente			Prontuário
<b>MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO</b>			087156/0007
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
27/11/2000	19 Ano(s)	MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA	
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito
02/11/2020	ENFERMARIA		067/0003
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	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

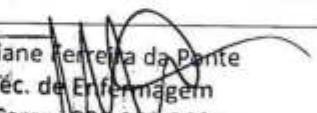
RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

  
 Tatiane Ferreira da Ponte  
 Téc. de Enfermagem  
 Coren: 001100.311

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

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

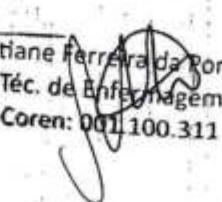
RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

  
 Tatiane Ferreira da Ponte  
 Téc. de Enfermagem  
 Coren: 001100.311

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

PACIENTE ADULTO EM REPOSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA COM AUXILIO, CALMO, AFEBRIL, EM AR AMBIENTE, COM HISTÓRICO DE FRATURA EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO, NEGA QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO. ACEITA DIETA OFERECIDA. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRÉSENTES, SEGUO AOS CUIDADOS GERAIS DA ENFERMAGEM.

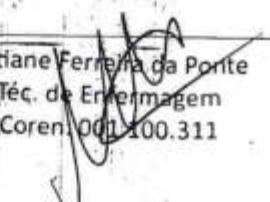
RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311

  
 Tatiane Ferreira da Ponte  
 Téc. de Enfermagem  
 Coren: 001100.311

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 001100311

  
 Tatiane Ferreira da Ponte  
 Téc. de Enfermagem  
 Coren: 001100.311



ANOTAÇÕES DE  
ENFERMAGEM EM  
CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITRO  
Data da Int: 02/11/2020 Dt de Nasc: 27/11/2000  
Convênio: SUS Prontuário: 007156  
Município: IPAPORANGA-CE  
Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA PEREIRA BATISTA

DATA DA IMPLATAÇÃO	VERSAO	DATA DA ULTIMA 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 neste unidade de CC para ressurgimento cirúrgico em coloconha, digu, no luxo do MIE, consciente, orientado verbalmente sua necessidade, básicas, nenhuma alergia medicamentosa e qualquer comorbidade.

Fr. Jardel Ferreira Lima

Profissional responsável: COREN-CE 001.186.918-74

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. Jardel 1º Auxiliar Instrumentador(es) Turzenha /

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

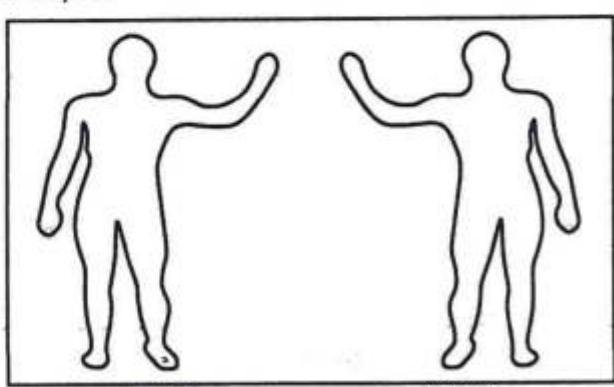
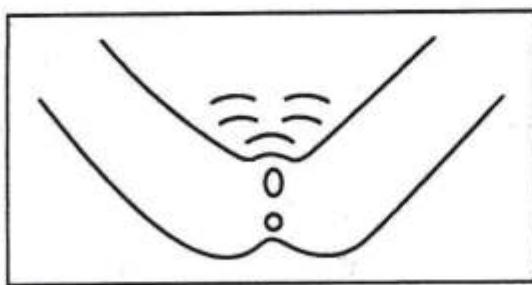
Localização de:

(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 Cirúrgico de Fra Término da Cirurgia 19 : 15

Encaminhado pa SRPA: / / às :

Intercorrências:

Profissional responsável:

g. Jardel Ferreira Lima  
Tec. em Enfermagem  
COREN: 001.186.918

## 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: 02/03/2020

### Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

FRATURA EXPOSTA OG MÁLUX G50. E ESCORRIMENTOS EM MM.11. E MM.55.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REDUÇÃO DE FRATURA 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 DEFINITIVA: → 1º PODOARTÍCULO G50. 75%: LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA A.D.M. DO 1º PODOARTÍCULO G50, COM ANQUILOSE DO MESMO E DOR NOS MÍNIMOS GESTOS.

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 suscetível(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 PODOARTÍCULO G50.

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( 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

02.03.2020 CRNEC-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Xmarcos antônio pereira leitão

assinatura da vítima

Dr. Clayton Freyre Malo Filho

MÉDICO

CREMEX 19150

Nº do Cliente: 8661275



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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. Elvira Lopes Costa Martin.*

**VISTO DO(A) DELEGADO(A):**

KAIO DAVIS CHAVES SILVA - MAT.: 30079310

*X* *mais Antonio Pereira Batista*

*X* *Antonio Pereira Batista*