



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Ararendá
Processo: 00501993820218060037
Classe do Processo: Petições Intermediárias
Diversas
Data/Hora: 15/05/2023 17:12:18

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2803150_IMPUGNACAO_AO
_LAUDO_PERICIAL_01 - 1-
3.pdf
Documentação: 2803150_IMPUGNACAO_AO
_LAUDO_PERICIAL_Anexo_
02 - 1-33.pdf
Documentação: 2803150_IMPUGNACAO_AO
_LAUDO_PERICIAL_Anexo_
02 - 34-36.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o
padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ARARENDÁ/CE

Processo: 00501993820218060037

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.012,50 (um mil e doze reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ARARENDÁ, 15 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

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

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: MARCOS ANTONIO FERREIRA LIMA	6 - CPF: 067.543.993-09		
7 - Profissão: AGRICULTOR	8 - Endereço: RUA JOÃO LUCIANO	9 - Número: 54	10 - Complemento: 100
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: IPAPORANGA	13 - Estado: CEARA	14 - CEP: 62.215-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (88) 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:

<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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco 1237

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (3)

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



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 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:

<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) (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 3

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

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

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 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 38 - 1º | Nome:
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado CPF:
Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 39 - 2º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) 40 - Local e Data, IPAPORANGA/CE, 02.02.2021
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

Rio de Janeiro, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 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 médica-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

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 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 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 ESCORRÊGOS 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

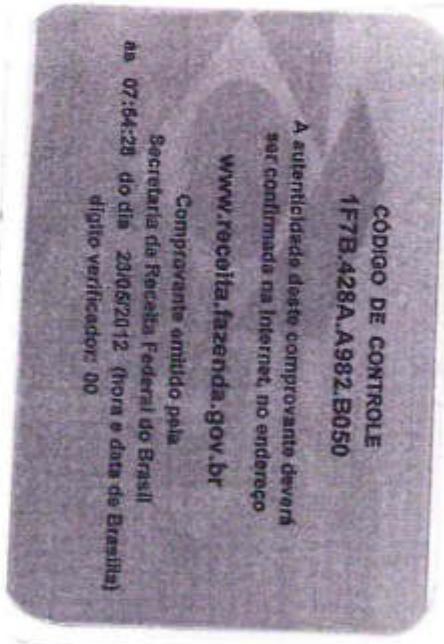
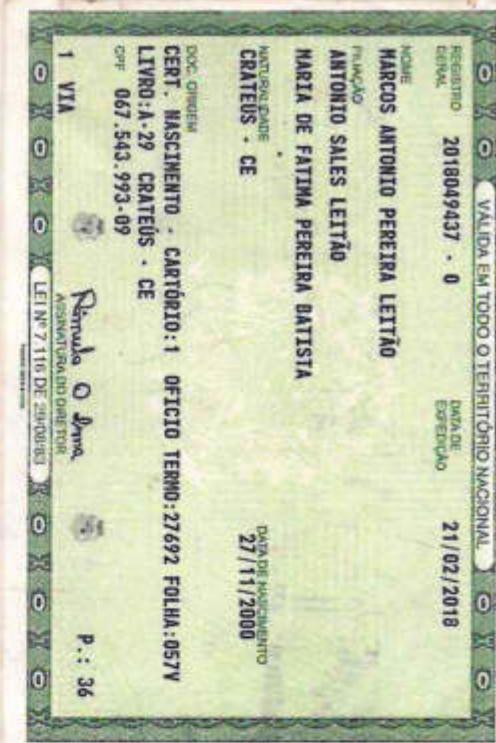
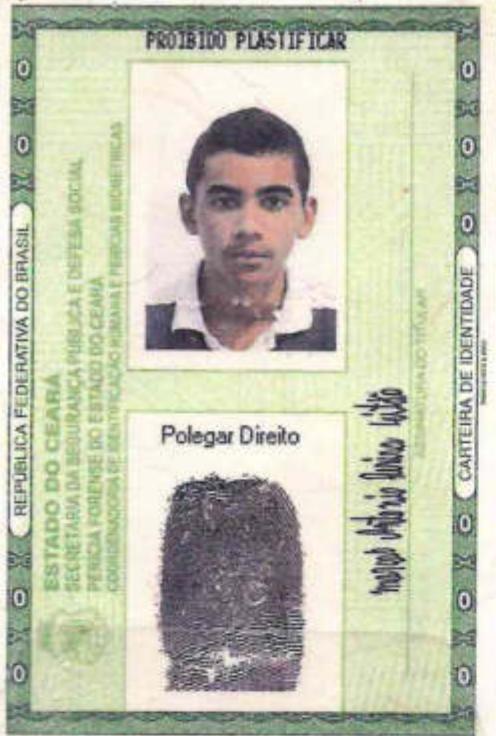
Xmarcos antônio pereira leitão

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



1. Pronto-Atendimento e Consulta Externa
2. Atendimento à Consulta Externa pelo Telefone
3. Consulta Externa pelo Telefone para
informar com antecedência o endereço de Poder

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)
escuhado p/ Cerdik Traumatologo

Consulta já Realizada:

Impressão Diagnóstica

Gilvan Mário Marques

Médico

Assinatura

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 02/11/2020 15:02	Quarto/Leito 057-0005	Admissão ENFERMARIA	Clínica CIRURGICA	Setor INTERNACAO - PS	
Convênio SUS		Adm. - Saia	Adm. - Saia	Dias 0	Guia
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA				CRM 6945	
CID Principal S92.0 Fratura do calcâneo			CID Complementar S92.0 Fratura do calcâneo		
Observação 292873				Sisprenatal	
Usuário MARIA RODRIGUES MACEDO		Nome do Responsável MARIA RODRIGUES MACEDO		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 para instalação sem intercorrências.
02/11/20	01 19:05h Realizou item 02 conforme prescrição médica.
02/11/20	02:23:17h Foi encaminhado P/ observação para tratamento.
	Antônio Erlsmar A. Siqueira Tec. Enfermagem- COREN-CE 1075131-TE

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

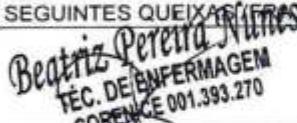
Dados Clínicos - Enfermagem

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 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
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO			
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

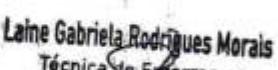
REALIZADO ITEM 2, APOS PACIENTE ORIENTADO SOBRE MEDICAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIA.


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		
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: 001100311

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

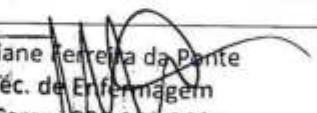
RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311


 Tatiane Ferreira da Ponte
 Téc. de Enfermagem
 Coren: 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

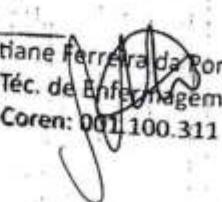
RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311


 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.

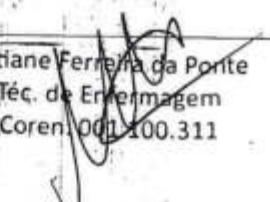
RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311


 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 LEITAO
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

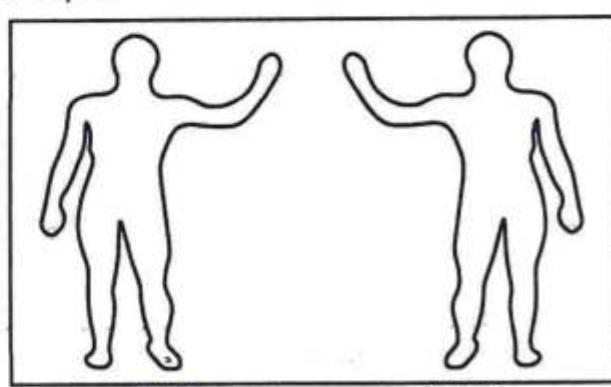
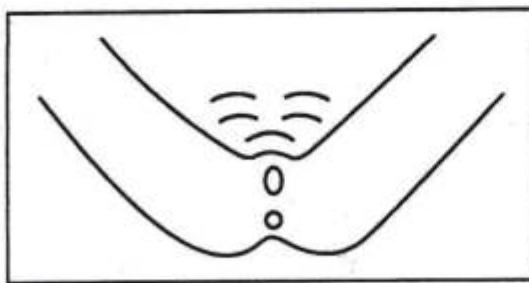
Soluções Antissépticas:

(✓) 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:

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

Profissional responsável:

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

DADOS DO PACIENTE

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

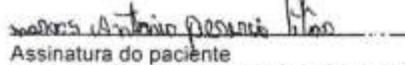
Data/Hora 02/11/2020 15:02	Quarto/Leito 057-0005	Admissão ENFERMARIA	Clínica CIRURGICA	Setor INTERNACAO - PS	
Convênio SUS		Adm. - Saia	Adm. - Saia	Dias 0	Guia
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA				CRM 6945	
CID Principal S92.0 Fratura do calcâneo			CID Complementar S92.0 Fratura do calcâneo		
Observação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

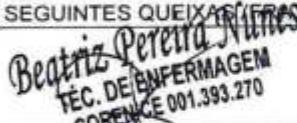
Dados Clínicos - Enfermagem

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
MARCOS ANTONIO PEREIRA LEITAO			
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

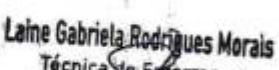
REALIZADO ITEM 2, APOS PACIENTE ORIENTADO SOBRE MEDICAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIA.


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		
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: 001100311

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

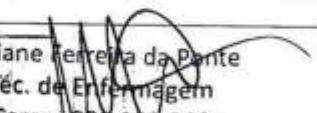
RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311


 Tatiane Ferreira da Ponte
 Téc. de Enfermagem
 Coren: 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

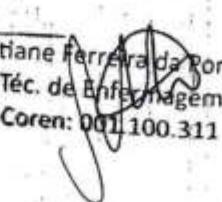
RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311


 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.

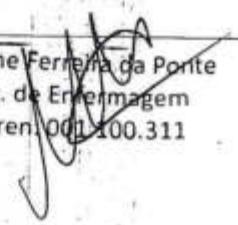
RESPONSÁVEL: TE: TATIANE FERREIRA DA PONTE - COREN-CE 001100311


 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

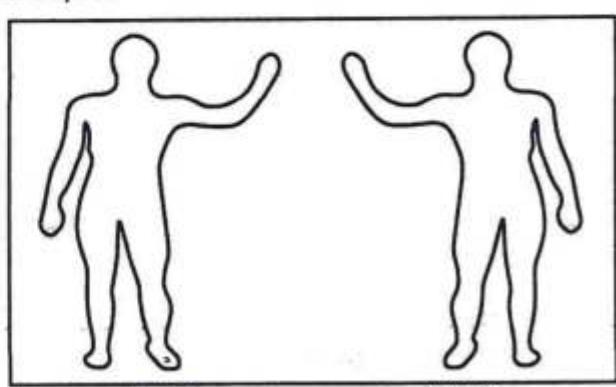
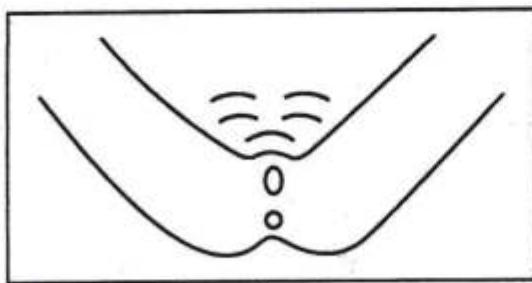
Soluções Antissépticas:

(✓) 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:

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

Profissional responsável:

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

CREMEEC 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*