

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**, brasileiro, solteiro, afastado, portador da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8 e inscrito com CPF sob o nº 540006533-34, residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural Crateús, /CE CEP: 63700-000, **DECLARO** para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural Crateús, /CE CEP: 63700-000, Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

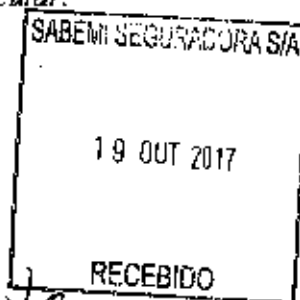
"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Crateús-CE, 16 de junho de 2017.

Marcos Antonio Marques de Paula

MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA



CONSUMIDOR

...and other charges,

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao minimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescida na proxima fatura mensal sem qualquer incidencia de multas ou encargos.

(AIO DECHADARIO)

Hospital São Lucas

INSTITUIÇÃO SAUCAMHO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PTE: Marcel Antonio M. de Paula

MÉDICO: 1

PRONTUÁRIO: 105097

DATA: 18/01/16

VENIO: Luc

LEITO: 04

SETOR: Observação

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

EVOLUÇÃO

18/01/16 AS 18:45 deu entrada para observação. Paciente acintado verbalizando, com história de acidente com motocicleta, apresenta trauma no ombro D e punho D, com lesão de tendões. Relata dor local. Esquema avaliação do trauma para amanhã. F: 36,1°C P: 104 bpm R: 22x/min PA: 120x80 mmHg. 19/01/16 AS 05:15 T: 36,1°C P: 86 bpm R: 20x/min PA: 120x80 mmHg. 20/01/16 11:00/2016 K 10h. clínt. em repouso por 10h. de DAS, parafuso, prioridade, mobilização com auxílio. Apresenta fratura em Colúmbia, 11 em MSE (punho). Reforço do algar na região cervical, com 1 em MSE. Apresenta dor no membro superior direito. T: 37,1°C R: 68 bpm R: 22x/min. Janice Alves. 20/01/16 11:00/2016 K 10h. clínt. em repouso por 10h. de DAS, parafuso, prioridade, mobilização com auxílio. Apresenta fratura em Colúmbia, 11 em MSE (punho). Reforço do algar na região cervical, com 1 em MSE. Apresenta dor no membro superior direito. T: 37,1°C R: 68 bpm R: 22x/min. Janice Alves.

(AIO DECHADARIO)

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



0004

Documento de Identificação

Eu, MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, portador da carteira de identidade nº 34.253.233-8 e inscrito no CPF/MF sob o nº 540.006.533-34, residente e domiciliado na RUA LOCALIDADE QUIRINO, ZONA-RURAL, Cidade CRATEÚS, Estado CEARÁ, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marcos Antonio Marques de Paula

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

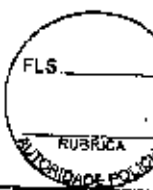
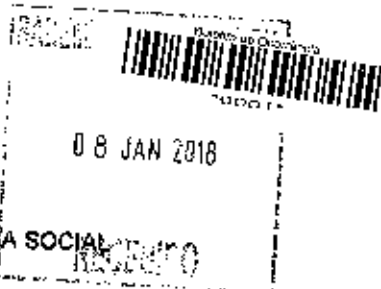
19 OUT 2017

Cratúis, 09 de agosto de 2017

Local e data

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

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 2292 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/06/2017 11:11:29**
Data / Hora da Ocorrência: **18/01/2016 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA**
Complemento:
Bairro:
Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência: **LOC DO QUIRINO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**
Nascimento: **28/07/1973** CPF: **540.006.533-34**
RG: Orgão Emissor:
Filiação: **ANTONIA JOSE DE PAULA**
ANTONIO MARQUES DE PAULA
Endereço: **RUA LOC QUIRINO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL**
UF:
CEP:
Telefone: **(11) 95412-1568**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIN2886** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2KD0550CR304465 Renavam: **478004630** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **MARCIO DE MORAIS PALHARES** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

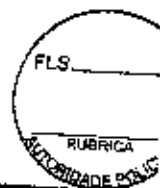
Histórico

A VITIMA INFORMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA OIN2886 NA DATA E HORÁRIO A CIMA NA ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA E QUANDO ESTAVA NA LOCALIDADE DE QUIRINO A MOTOCICLETA DERRAPOU, POIS ESTAVA INICIANDO A CHUVA; QUE A ESTRADA É DE BARRO E QUE COM A DERRAPAGEM A VITIMA VAIO AO SOLO; QUE A VITIMA AINDA APOIO COM A MAO ESQUERDA O SEU CORPO NA HORA DO ACIDENTE; QUE A VITIMA ENTÃO "APAGOU" E SO LEMBRA QUE ESTAVA NO HOSPITAL SAO LUCAS; QUE NO SAO LUCAS FOI ATENDIDO PELO PROFISSIONAL JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR; QUE A VITIMA PASSOU POR VÁRIOS EXAMES E QUANDO RETORNOU A SUA CONSCIÊNCIA SOU QUE TINHA FRATURADO A CLAVÍCULA DIREITA, ESCORIAÇÕES NAS COSTELAS, E A FRATURA NA MAO ESQUERDA EM CINCO PARTES; QUE A VITIMA JA FEZ DUAS CIRURGIAS NA MAO ESQUERDA; QUE A VITIMA SENTE DORES E NAO CONSEGUE AINDA MOVIMENTAR , EM SUA PLENITUDE, A SUA MAE ESQUERDA. E NADA MAIS DISSE.//////

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).



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2292 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

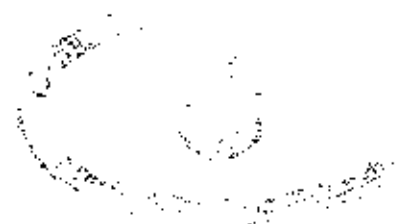
MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 3009391

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Marcelo Pontes Cavalcante

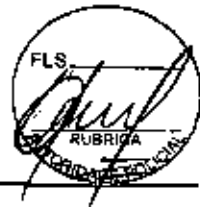
VISTO DO DELEGADO(A):

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 2292 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **14/06/2017 11:11:29**
Data / Hora da Ocorrência: **18/01/2016 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA**
Complemento:
Bairro: Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência: **LOC DO QUIRINO**

Dados da(s) Vítima(s) V

Nome: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**
Nascimento: **28/07/1973** CPF: **540.006.533-34**
RG : **Orgão Emissor:**
Filiação: **ANTONIA JOSE DE PAULA**
ANTONIO MARQUES DE PAULA
Endereço: **RUA LOC QUIRINO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CRATEUS/CE**
País: **BRASIL**

Telephone: (11) 95412-1568

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OIN2886 Uf: CE Município: CRATEUS Chassi:
9C2KD0550CR304465 Renavam: 478004630 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES Apo
Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: PRETA Proprietário: MARCIO DE MORAIS PALHARES Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

A VITIMA INFORMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA OIN2886 NA DATA E HORARIO A CIMA NA ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA E QUANDO ESTAVA NA LOCALIDADE DE QUIRINO A MOTOCICLETA DERRAPOU, POIS ESTAVA INICIANDO A CHUVA; QUE A ESTRADA É DE BARRO E QUE COM A DERRAPAGEM A VITIMA VAIO AO SOLO; QUE A VITIMA AINDA APOIO COM A MAO ESQUERDA O SEU CORPO NA HORA DO ACIDENTE; QUE A VITIMA ENTÃO "APAGOU" E SO LEMBRA QUE ESTAVA NO HOSPITAL SAO LUCAS; QUE NO SAO LUCAS FOI ATENDIDO PELO PROFISSIONAL JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR; QUE A VITIMA PASSOU POR VÁRIOS EXAMES E QUANDO RETORNOU A SUA CONSCIÊNCIA SOU QUE TINHA FRATURADO A CLAVÍCULA DIREITA, ESCORIAÇÕES NAS COSTELAS, E A FRATURA NA MAO ESQUERDA EM CINCO PARTES; QUE A VITIMA JA FEZ DUAS CIRURGIAS NA MAO ESQUERDA; QUE A VITIMA SENTE DORES E NAO CONSEGUE AINDA MOVIMENTAR , EM SUA PLENITUDE, A SUA MAE ESQUERDA. E NADA MAIS DISSE.//////

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).

Marcelo Polles Cavalheiro
Escrivão de Polícia
Mat. Funcional 114.411



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2292 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 3009391

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Flavio Antonio Marques de Pa

VISTO DO DELEGADO(A):

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-



NI 2017/05099



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



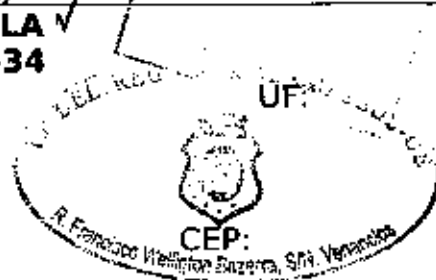
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2292 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **14/06/2017 11:11:29**
 Data / Hora da Ocorrência: **18/01/2016 18:00:00** ✓
 Endereço da Ocorrência: **ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA**
 Complemento:
 Bairro:
 Município: **CRATEUS/CE**
 Ponto de Referência: **LOC DO QUIRINO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA** ✓
 Nascimento: **28/07/1973** CPF: **540.006.533-34**
 RG : Orgão Emissor:
 Filiação: **ANTONIA JOSE DE PAULA**
ANTONIO MARQUES DE PAULA
 Endereço: **RUA LOC QUIRINO**
 Bairro: **ZONA RURAL**
 Município: **CRATEUS/CE**
 País: **BRASIL**



Telefone: **(11) 95412-1568**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OIN2886** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2KD0550CR304465 Renavam: **478004630** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano ✓
 Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **PRETA** Proprietário: **MARCIO DE MORAIS PALHARES** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL** ✓

Histórico

A VITIMA INFORMA QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA OIN2886 NA DATA E HORÁRIO A CIMA NA ESTRADA QUE LIGA CRATEUS A IPOJUCA E QUANDO ESTAVA NA LOCALIDADE DE QUIRINO A MOTOCICLETA DERRAPOU, POIS ESTAVA INICIANDO A CHUVA; QUE A ESTRADA É DE BARRO E QUE COM A DERRAPAGEM A VITIMA VAIO AO SOLO; QUE A VITIMA AINDA APOIO COM A MAO ESQUERDA O SEU CORPO NA HORA DO ACIDENTE; QUE A VITIMA ENTÃO "APAGOU" E SO LEMBRA QUE ESTAVA NO HOSPITAL SAO LUCAS; QUE NO SAO LUCAS FOI ATENDIDO PELO PROFISSIONAL JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR; QUE A VITIMA PASSOU POR VÁRIOS EXAMES E QUANDO RETORNOU A SUA CONSCIÊNCIA SOU QUE TINHA FRATURADO A CLAVÍCULA DIREITA, ESCORIAÇÕES NAS COSTELAS, E A FRATURA NA MAO ESQUERDA EM CINCO PARTES; QUE A VITIMA JA FEZ DUAS CIRURGIAS NA MAO ESQUERDA; QUE A VITIMA SENTE DORES E NAO CONSEGUE AINDA MOVIMENTAR , EM SUA PLENITUDE, A SUA MAE ESQUERDA. E NADA MAIS DISSE.//////

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).

Marcelo Pontes Cavalcante
 Escrivão de Polícia Civil
 Matr. Funcionário 200544



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 2282 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCELO PONTES CAVALCANTE - MAT.: 30093917

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Marco Antonio Marques de Paiva

VISTO DO DELEGADO(A):

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA S. LIDER



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

 EU, MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

PORTADOR(A) DO RG Nº 34.213.211-8 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 26/03/2014 E
 CPF 5400006533-34 / CNPJ _____, PROFISSÃO DESEMPREGADO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

 Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4091 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00028761-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

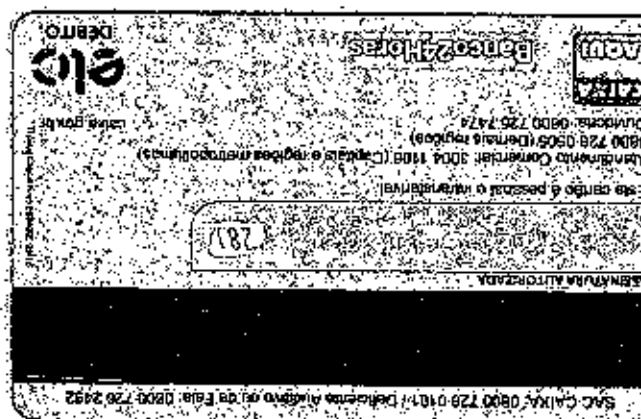
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

 Realizado em 09 de agosto de 2017
 LOCAL E DATA

Marcos Antonio Marques de Paula
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
PAULA

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

Sinistro: **3170559931**
Vítima: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**
Data do Acidente: **18/01/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170559931** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**
Nº Sinistro: **3170559931**
Vitima: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**
Data do Acidente: **18/01/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170559931**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**
Nº Sinistro: **3170559931**
Vitima: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**
Data do Acidente: **18/01/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170559931**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

Sinistro: **3170559931**
Vítima: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**
Data do Acidente: **18/01/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170559931** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11850440

A/C: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170559931 ASL-0405095/17
Vitima: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA
Data Acidente: 18/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**
Nº Sinistro: **3170559931**
Vitima: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**
Data do Acidente: **18/01/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170559931**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11849186

A/C: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170559931 ASL-0405095/17
Vitima: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA
Data Acidente: 18/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04091

CONTA: 000000028761-5

Nr. da Autenticação 05FFEBE645BC8102

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0405095/17

Número do Sinistro: 3170559931

Vítima: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

CPF: 540.006.533-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/01/2016

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO
MARQUES DE PAULA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/10/2018
Nome: ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA
CPF: 600.189.963-02

ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO
CPF: 011.566.373-84

KARINE SANTANA ROMUALDO



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, brasileiro, solteiro, afastado, portador da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8 SSP/CE, inscrito no CPF nº 540.006.533-34, residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural, Crateús/CE, Ceará, CEP 63700-000.

OUTORGADO: ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA, brasileira, solteira, bacharel em direito, inscrita com o CPF sob o nº 600.189.963-02, com escritório profissional na Rua Dom Pedro II, Nº 525 Sala 06, Altos, Centro, Crateús/CE CEP: 63700-000 e-mail: maia.juris@hotmail.com.

Poderes: Por este instrumento particular de procuração, o a outorgante nomeia e constitui outorgado seu bastante procurador, para fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de transito ao Sr. ANTONIO CARLO FERREIRA ocorrido em 26/03/2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

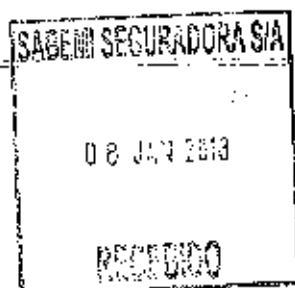
Declaro que dou plenos poderes, para me representar como correspondente do meu Seguro DPVAT, encaminhar, receber, retirar ou entregar qualquer tipo de documento, assinar declarações, autorização de pagamento/ Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim inclusive acompanhamentos em geral oriundo do Dpvat.

Sém mais.

Crateús, Ceará 28 de novembro de 2017.



Marcos Antonio Marques de Paula
MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA



Reconheço a(s) firma(s) por semelhança	
Doutor CRATEÚS/CE	
29 NOV 2017	
Em Test. de Verdade	
<input type="checkbox"/>	Rei Savânia Barreto Cavalcante
<input type="checkbox"/>	Junior Pimentel Ferreira
<input type="checkbox"/>	Soraya Barreto Cavalcante
VÁLIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE	

CARTÓRIO
Rua Cel. ...
Centro - Fone: ...
CRATEÚS - CEARÁ

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Paraná - Ceará
Barragem de ...

523592026-1/2017 12/11/2017 12:00 - 12/11/2017 12:00



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

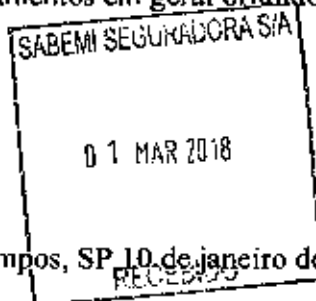
OUTORGANTE: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, brasileiro, solteiro, afastado, portador da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8 SSP/CE, inscrito no CPF nº 540.006.533-34, residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural, Crateús/CE, Ceará, CEP 63700-000.

OUTORGADO: ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA, brasileira, solteira, bacharel em direito, inscrita com o CPF sob o nº 600.189.963-02, com escritório profissional na Rua Dom Pedro II, Nº 525 Sala 06, Altos, Centro, Crateús/CE CEP; 63700-000 e-mail: maia.juris@hotmail.com.

Poderes: Por este instrumento particular de procuração, o a outorgante nomeia e constitui outorgado seu bastante procurador, para fim especial de requer junto a qualquer seguradora integrante do Consorcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de transito ao Sr. MARCOS ANTONIO DE PAULA, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Declaro que dou plenos poderes, para me representar como correspondente do meu Seguro DPVAT, encaminhar, receber, retirar ou entregar qualquer tipo de documento, assinar declarações, autorização de pagamento/ Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim inclusive acompanhamentos em geral oriundo do Dpvt.

Sem mais.



São José dos Campos, SP 10 de janeiro de 2018.



Marcos Antonio Marques de Paula
MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA



Tabelião: Laura Ribeiro Vissotto
R. Coronel José Moreira, 314 - Centro - São José dos Campos/SP - CEP 12245-140
tel: (12) 3202.5900 - fax: (12) 3202.5548 - www.tamanha.com.br



Reconheço por autenticidade, a firma de:
[i]wGxGskO] MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA...

São José dos Campos, 10 de Janeiro de 2018.
Em test.da verdade.

MARILE FIDEL ALVES A. DE ALMEIDA - ESCRIT.
Total: R\$15,30. Salvo a taxa de autenticação de R\$10,00.



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170559931 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA **Data do acidente:** 18/01/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO
FRATURA DO 4º E DO 5º METACARPOS ESQUERDOS

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZES CIRÚRGICAS NO PUNHO E NO DORSO DA MÃO ESQUERDA, DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM AFUNDAMENTO AO NÍVEL DO 4º E 5º METACARPOS, LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DE FLEXÃO DO 4º E 5º DEDOS, DEFORMIDADE NO 5º DEDO, LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXOEXTENSÃO, ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO PUNHO ASSOCIADO A DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM ANTERIORIZAÇÃO DA ULNA, DIMINUIÇÃO MODERADA DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR E HIPOTROFIA MODERADA/GRAVE HIPOTENAR E LEVE TENAR.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE NO PUNHO E NA MÃO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO. EVOLUIU COM INFECÇÃO E PSEUDOARTROSE, NECESSITANDO DE NOVAS CIRURGIAS. APRESENTA RESUMO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR DATADO DE 02/05/2018 DO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DS CAMPOS QUE REFERE DEFORMIDADE PÓS-TRAUMÁTICA DO 4º E 5º METACARPOS ESQUERDOS E RECEBE ALTA E SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE DO 4º E 5º METACARPOS.FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM NOVEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/11/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MÃO ESQUERDA, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: GREIVE FREITAS CAVALCANTE

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

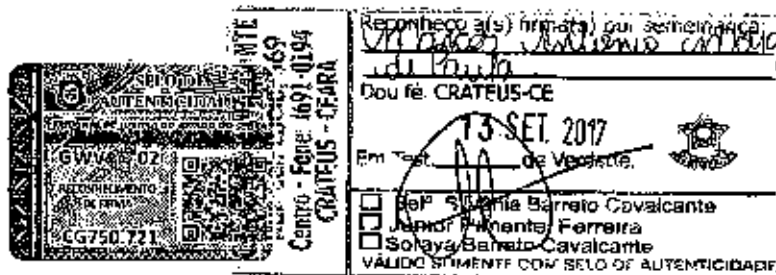
Alessandra Duraes Altaf

Producción
-0026-

A rectangular stamp with the text "CARTÓRIO CAVALCANTE 3.º OFÍCIO" and a hand pointing to it.

SABEMI SEGURO S/A
19 OUT 2017
2017. RECEBIDO

Marcelo Antonio Marques de Paula
MARCELO ANTONIO MARQUES DE PAULA



CARTÃO CANDIDATO
3º Ofício - Registro de Imóveis
Saulane Candido - N° 10.476-8
Escritório: 319-100-100

UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICAS

Unidade Clínica Médica
 DATA DE NASCIMENTO: 23/07/73
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: 403
 HISTÓRICO DIAGNÓSTICO: *Asbestose*

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ D
 RM: 000570240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAU
 PR: ANTONIA JOSE DE PAULA
 DT: MASC.: 23/07/1973 SEXO: M IMP.: 10/03/2016 0

DIÁRIO	GASTOS										RECEITAS				OUTROS		ASSINATURA E CARIMBO			
	OGF	DENTRO	PVC	DIETA VO	SNE	ASINO/ GASTROSTOMIA	HEMODERIVADOS	SOROTERAPIA	MEDICAÇÃO	IPP	DIURSE	EVACUAÇÃO	SONDA EM SIFONAGEM	DRENO	ILEOSTOMIA	COLOSTOMIA		ASPIRAÇÃO	DECÚBITO	ACOMPANHANTE
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				
31																				

SABEMI SEGURADORA S/A
 29 OUT 2018
 RECEBIDO

BALANÇO PARCIAL, TARDE
 BALANÇO PARCIAL, NOTURNO
 DIURSE 24H:
 DRENO DE TÓRAX 24H:
 BALANÇO 24H:
 LEGENDA ACOMPANHANTE: SLEMAN - N (NÃO)
 Divisão de Enfermagem - Via Direta - Presidência
 1º Edição - Junho/2013



PRESCRIÇÃO MÉDICA



MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA		Idade	42	Sexo	MASCULINO	Especialidade	ORTOPEDIA	D.N. II	570240	DATA DA PRESCRIÇÃO	15/06/16
DIAGNÓSTICO											
POS OP CORREÇÃO DE FRATURA DE RADIO DIGITAL E											

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DOSE	VIA	FREQUÊNCIA	HORA INÍCIO	HORA FIM
1	DIETA ORAL GERAL					
2	AVP					
3	KEFAZOL 1G, EV, 8/8H					
4	DIPIRONA 1G, EV, 6/6H					
5	CETOPROFENO 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 12/12H					
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 8/8H (S/N)					
7	OMEPRAZOL 40MG, VO, 1CP, CEDO EM JEJUM					
8	PLASIL 10MG, EV, 8/8H, S/N					
9	CUIDADOS GERAIS					
10	SINAIS VITAIS DE 6/6H					
11						
12	FISIOTERAPIA MOTORA PARA DEDOS DA MÃO ESQUERDA					
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						

Dispensado por:

Conferido por:

Recebido por:

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE
Rua Saigó Nóbrega nº60 - Vila Industrial - São José dos Campos / SP - CEP: 2220-280 - Tel.: (12) 3901-3400

SABEMI SEGURADORA S/A

29 OUT 2018

RECEBIDO

NOME DO PACIENTE:

MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

RH:

403

DATA DE ADMISSÃO:

13/08/16

DATA DE NASCIMENTO:

13/08/1973

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

DATA DE ADMISSÃO:

13/08/16

DATA DE NASCIMENTO:

13/08/1973

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INICIAIS

PACIENTE EM INTERNAÇÃO

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

1. Diagnóstico Prevalente

N - (1,2,6,10,12,23,21,27) Manter Decúbito em () 0° () 30° () 45° () 90°

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

2. Diagnóstico Prevalente

N - (8,10,12,20,21) Aspire COT, TGT e VAS e anotar aspecto de secreção de () Torça e SIN

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

3. Diagnóstico Prevalente

N - (6,9,10,12,16,20,21,23,26,28,29) Verificar SSVV de () e comunicar e anotar alterações.

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

4. Diagnóstico Prevalente

N - (6,9,10,11,12,20,21,22,23) Observar e anotar perfusão periférica e () e comunicar alterações.

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

5. Diagnóstico Prevalente

N - (9,10,11,16,19,20,21,25) Observar, anotar e comunicar alterações de nível de consciência.

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

6. Diagnóstico Prevalente

N - (23) Observar e anotar local e aspecto de ferida operatória.

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

7. Diagnóstico Prevalente

N - (13,24) Realizar Higiene Oral com () e () após as refeições.

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

8. Diagnóstico Prevalente

N - (3,4,5,7,14,25) Observar e anotar alterações vasculares e rituais.

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

9. Diagnóstico Prevalente

N - (1,2,20, NL) Testar a sonda arterial antes de administrar drogas e medicações. Lavar a artéria e após com 20 ml de água.

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

10. Diagnóstico Prevalente

N - (19, FL) Realizar assepsia do HUB com Alcool a 70% antes e depois de desconectar equipamentos para () de ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

11. Diagnóstico Prevalente

N - (13,18) Anotar e controlar volume e aspecto (dó) cortado(s) do(s) dreno(s) de ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

12. Diagnóstico Prevalente

N - (18, FL) Trocar e datar fixação do acesso venoso a cada 24h e SIN. Trocar o acesso periférico a cada 72h após ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

13. Diagnóstico Prevalente

N - (13,27) Realizar banho () em cama. Proteger acesso venoso.

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

14. Diagnóstico Prevalente

N - (13,23,27,28,29, LP) Realizar higiene do conduto após o banho e SIN.

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

15. Diagnóstico Prevalente

N - (13,23,27,28,29, LP) Realizar reposicionamento para alívio de pressão de () h

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

16. Diagnóstico Prevalente

N - (4,5,7,13,23,27,28,29) Observar, anotar e comunicar sinais de dor. Fatores de dor: agitação, choro.

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

17. Diagnóstico Prevalente

N - (17,18) Explicar procedimentos, condutas de enfermagem antes de realizá-los e esclarecer dúvidas.

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

18. Diagnóstico Prevalente

N - (5,7,8,15,16,17,18,27, LP) Colocar paciente na posição ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

19. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Orientar e auxiliar a realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

20. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

21. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

22. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

23. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

24. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

25. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

26. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

27. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

28. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

29. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

30. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

31. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

32. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

33. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

34. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

35. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

36. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

37. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

38. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

39. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

40. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

HISTÓRIA

41. Diagnóstico Prevalente

N - (15,23,27, LP) Realizar higiene pessoal e ()

13/08/16

UNIDADE DE INTERNAÇÃO:

FARMACIA E MATERIAIS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1940
 2040
 2140
 2240
 2340
 2440
 2540
 2640
 2740
 2840
 2940
 3040
 3140
 3240
 3340
 3440
 3540
 3640
 3740
 3840
 3940
 4040
 4140
 4240
 4340
 4440
 4540
 4640
 4740
 4840
 4940
 5040
 5140
 5240
 5340
 5440
 5540
 5640
 5740
 5840
 5940
 6040
 6140
 6240
 6340
 6440
 6540
 6640
 6740
 6840
 6940
 7040
 7140
 7240
 7340
 7440
 7540
 7640
 7740
 7840
 7940
 8040
 8140
 8240
 8340
 8440
 8540
 8640
 8740
 8840
 8940
 9040
 9140
 9240
 9340
 9440
 9540
 9640
 9740
 9840
 9940

[Faint, illegible text from reverse side of page]

RECEBIDO



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: Major Antônio Major de Paula

RH:

Leito:

Data	Descrição
15/03/16	#Ontopinto # Del Rsp. Grupo de Equipe Ft. Rudes 1stol (E) Palmira 2016, REG, C, H, AAA, Fupancos. Sem quebras no momento. EFOS Tola antitoxina (E) FO Lima, San Miguel, San Simón RPP em ms (E) Manejo médico em ms (E) Rizidy em QST (E) CS. Alta Hospitala conforme protocolo do Dr. Luciano Conversando com Tereza Maria Damasceno (Assis) que está presente por sua esposa. O grande grupo central do hospital por chegar por volta de 10h da manhã.

NOTA: As anotações devem ser claras, objetivas e em letra legível. Devem destacar as razões para o estabelecimento de condutas clínicas e resultados de exames-chaves. As anotações devem ser devidamente identificadas (assinatura, carimbo e/ou conselho de classe).

UNIDADES DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICAS

NOME DO PACIENTE

RH: 530540

DATA DE ADMISSÃO: 10/08/16

DATA: 10/08/16

Marcos Antonio Marques de Paula

LEITO: 103

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Clínica I - 103

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Doença de Crohn

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ D

RH: 000570240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

PAE: ANTONIA JOSE DE PAULA

DT. NASC.: 23/07/1973 SEXO: M IMP.: 13/08/2016 19:53

HORA	CONTROLES					GANHOS					PERDAS					OUTROS			ACOMPANHANTE	ACORDO							
	PA SISTÓLICA	PA DIASTÓLICA	FREQÜÊNCIA CARDÍACA	FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA	TEMPERATURA	SATURACÃO O ₂	FLUXO O ₂	DOE	DECTRO	PVC	DIETA VO	SNE	JEJUNO/ GASTROSTOMIA	HEMOGRIAVADOS	SOROTERAPIA	REHIDRATAÇÃO	NPP	DIURESE			EVACUAÇÃO	SONDA PARA SIFONAGEM	DRENO	ILEOSTOMIA	COLOSTOMIA	ASPIRAÇÃO	DECATO
8	110	70	72	18	36,5	98					100								2+							N	
10																											
12																											
BALANÇO PARCIAL MANHÃ:																											
14	110	70	72	18	36,5	98					100								2+								
16																											
18																											
BALANÇO PARCIAL TARDE:																											
20	110	70	72	18	36,5	98					100								1+								
22																											
24																											
2																											
4	112	70	72	18	36,5	98					100								1+								
6																											
BALANÇO PARCIAL NOTURNO:																											
DEBITOS SONDAS 24H:																											
LEGENDA DEBITOS:																											
LEGENDA PERDAS:																											
LEGENDA ELIMINAÇÕES INTERNAS:																											
DRENO DE TONAX 24H:												DRENO DE TONAX 24H:												BALANÇO 24H:			
JOH: Decúbito Dorsal Horizontal												JOH: Decúbito Lateral Esquerdo												LEGENDA ACOMPANHANTE: 9 (SIM) - 0 (NÃO)			
1-31: Pequeno quantidade												2-4: Moderada quantidade												Divisão de Enfermagem: Via Única - Profilaxia			
P: Passiva												S: Sólida												Liquida			

Cópia Autenticada
Hosp. Municipal Dr. José de Carvalho Florence
16 FEB 2016
Dr. Marcos Antonio Marques de Paula
Cópia Autenticada
Hosp. Municipal Dr. José de Carvalho Florence
16 FEB 2016

EXAME FÍSICO

NEUROLOGICA		AVALIAÇÃO		IDADE GESTACIONAL	
ABERTURA OCULAR		RESPIRATORIA		DUM: DPP:	
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea		<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico			
<input checked="" type="checkbox"/> Origem verbal		<input checked="" type="checkbox"/> Dispneico		MAMAS E MAMILOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Est. Doloroso		<input checked="" type="checkbox"/> Bradipneico		<input checked="" type="checkbox"/> Normal	
<input checked="" type="checkbox"/> Não Responde		<input checked="" type="checkbox"/> Taquidispneico		<input checked="" type="checkbox"/> Bico Invertido	
PUPILAS		Tipo:			
<input checked="" type="checkbox"/> Isocórica		<input checked="" type="checkbox"/> Ventilação espontânea			
<input checked="" type="checkbox"/> Anisocórica		<input checked="" type="checkbox"/> Tubo oro traqueal		A U: D U:	
<input checked="" type="checkbox"/> Midriase		<input checked="" type="checkbox"/> Traqueostomia		Parto:	
<input checked="" type="checkbox"/> Miose		<input checked="" type="checkbox"/> Cateter nasal		Incisão cirúrgica:	
<input checked="" type="checkbox"/> Médio fixa		<input checked="" type="checkbox"/> Máscara		Epsio:	
FOTOREAÇÃO		<input checked="" type="checkbox"/> Tosse caract.:		Loquios: presentes <input checked="" type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	
PD () PE ()				Colostro: presente <input checked="" type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	
MELHOR RESPOSTA		MURMÚRIOS VESICULARES		GASTRO INTESTINAL	
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado		<input checked="" type="checkbox"/> Presentes <input checked="" type="checkbox"/> Ausentes			
<input checked="" type="checkbox"/> Confuso		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuídos local:		ACEITAÇÃO ALIMENTAR	
<input checked="" type="checkbox"/> Localiza				VO Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Não responde		RUIDOS ADVENTÍCIOS		SNE Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	
RESPOSTA MOTORA		<input checked="" type="checkbox"/> Roncos		Outros:	
<input checked="" type="checkbox"/> Obedece ordens		<input checked="" type="checkbox"/> Ausentes			
<input checked="" type="checkbox"/> Localiza dor		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuídos local:		ELIMINAÇÕES FECAIS	
<input checked="" type="checkbox"/> Não reage a dor				Presentes <input checked="" type="checkbox"/>	
ESTADO MENTAL		CARDIO VASCULAR		Ausentes <input checked="" type="checkbox"/>	
		<input checked="" type="checkbox"/> RCI <input checked="" type="checkbox"/> RCR		Periodicidade:	
		Pulso LD LE			
		Carotídeo <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		ABDÔMEN	
		Branquiais <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Plano	
MOTRICIDADE		Radiais <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Rígido	
MMSS		Femorais <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Timpânico	
D E		Poplíteos <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Doloroso a palpação	
<input checked="" type="checkbox"/> Força normal		Pediosos <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Globoso	
<input checked="" type="checkbox"/> Paresia		A(ausente), C(chelo), F(filiforme)		<input checked="" type="checkbox"/> Flácido	
<input checked="" type="checkbox"/> Plégia		PERFUSÃO PERIFÉRICA		<input checked="" type="checkbox"/> Distendido	
<input checked="" type="checkbox"/> Parestesia		<input checked="" type="checkbox"/> Boa			
<input checked="" type="checkbox"/> Descerebração		<input checked="" type="checkbox"/> Diminuída		ELIMINAÇÃO URINÁRIA	
<input checked="" type="checkbox"/> Decorticação				<input checked="" type="checkbox"/> SVD	
CABEÇA E PESCOÇO				<input checked="" type="checkbox"/> Uripen	
Prótese dentária Inf <input checked="" type="checkbox"/> Supl <input checked="" type="checkbox"/>		INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA		<input checked="" type="checkbox"/> Micção Espontânea	
ocular OF <input checked="" type="checkbox"/> OD <input checked="" type="checkbox"/>		Sim Não		<input checked="" type="checkbox"/> Incontinência urinária	
auditiva OF <input checked="" type="checkbox"/> OD <input checked="" type="checkbox"/>		Lesões <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Concentrada	
		Edema <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Limpida	
ACUIDADE VISUAL		Varizes <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Presença de sedimentos	
NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input checked="" type="checkbox"/>		Vícias <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Hematúria	
DIMINUÍDA <input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input checked="" type="checkbox"/>		Manchas <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Oligúria	
AUSENTE <input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input checked="" type="checkbox"/>		Cicatrizes <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Poliúria	
				<input checked="" type="checkbox"/> Anúria	
ACUIDADE AUDITIVA		GENITURINÁRIO		<input checked="" type="checkbox"/> Disúria	
NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input checked="" type="checkbox"/>					
DIMINUÍDA <input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input checked="" type="checkbox"/>		ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		CATETERES	
AUSENTE <input checked="" type="checkbox"/> OE OD <input checked="" type="checkbox"/>		PN		<input checked="" type="checkbox"/> Arterial	
		PC		<input checked="" type="checkbox"/> Flebotomia	
CONDIÇÕES OROFARINGE		PF		<input checked="" type="checkbox"/> Intracateter	
		ABORTOS:		<input checked="" type="checkbox"/> Gelco / Sca	
				<input checked="" type="checkbox"/> Outro:	

Obs. Gerais do Paciente

Peso: 130 Alt.: 1,30 PA: 90 T: 36,2 R: 19 Pulso: 62

ASSINATURA ENFERMEIRA (O):

COREN: 2

Cópia Autenticada
Prefeitura Municipal de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Dr. José C. Ferraz
16 FEB 2017
Mônica Andrade Zappalá
Enfermeira
Mônica Andrade Zappalá
Enfermeira



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: Marcos Antonio Mangus de Paula Id.: 403 Leito: 403

Data	Descrição
------	-----------

14/08	# enfumecimento
-------	-----------------

20/08	#, no corpo H. Rodo Gistad (E)
-------	--------------------------------

Alimentação: dieta líquida, 10% lipídica, 10% proteica, 10% carboidrato, 10% fibra, 10% gordura, 10% proteína, 10% vitamina, 10% mineral, 10% água.

Exame físico: sem alterações.

Exame de laboratório: sem alterações.

Exame de imagem: sem alterações.

Exame de função: sem alterações.

Exame de diagnóstico: sem alterações.

Exame de prognóstico: sem alterações.

Exame de tratamento: sem alterações.

Exame de acompanhamento: sem alterações.

Exame de avaliação: sem alterações.

Exame de registro: sem alterações.

Exame de arquivamento: sem alterações.

Exame de distribuição: sem alterações.

Exame de divulgação: sem alterações.

Exame de comunicação: sem alterações.

Exame de documentação: sem alterações.

Exame de organização: sem alterações.

Exame de planejamento: sem alterações.

Exame de execução: sem alterações.

Exame de avaliação: sem alterações.

Exame de registro: sem alterações.

Exame de arquivamento: sem alterações.

Exame de distribuição: sem alterações.

Exame de divulgação: sem alterações.

Exame de comunicação: sem alterações.

Exame de documentação: sem alterações.

Exame de organização: sem alterações.

Exame de planejamento: sem alterações.

Exame de execução: sem alterações.

Exame de avaliação: sem alterações.

Exame de registro: sem alterações.

Exame de arquivamento: sem alterações.

Exame de distribuição: sem alterações.

Exame de divulgação: sem alterações.

Exame de comunicação: sem alterações.

Exame de documentação: sem alterações.

Exame de organização: sem alterações.

Exame de planejamento: sem alterações.

Exame de execução: sem alterações.

Exame de avaliação: sem alterações.

Exame de registro: sem alterações.

Lucas Reis Bueno
Enfermeiro
CRM-SP: 247711

Cópia Autenticada
Prefeitura Municipal de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence

16 FEV 2017

Dr. Marcos Antônio de Kozier
Coordenador Médico SACS-HMDF
CRM-SP 11048 / ORB 046441000000

[illegible]

Yarrow Springs Station de l'Inde

3402

DATA DE NASCIMENTO: 15/07/1977

DATA DE ADMISSÃO: 24/11/2016

UNIDADE DE INTERNAÇÃO

767 0170

DATA/2011/01/20

HIPOTESE DIAGNOSTICA: ST. 1766036 032026 Kujala 11

COLEMAN, A. B. 1996.

DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADEM (NANDA)

PREPARED BY: MARGARET FINE

[illegible]



PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE			MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA		1		INFORMAR		DATA DA INTERNAÇÃO	
IDADE	SEXO	ESPECIALIDADE	ORTOPEDIA		D.N. II		III		DATA DA PRESCRIÇÃO	
42	MASCULINO							570240		13/08/16
DIAGNOSTICO										
POS OP CORREÇÃO DE FRATURA DE RADIO DISTAL E										

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	DATA DE ANTIOTÉTICO	DOSE	VIA	FREQÜÊNCIA	HORA INICIA	13/08	14/08
1	DIETA ORAL GERAL							
2	AVP							
3	KEFAZOL 1G, EV, 8/8H							
4	DIPIRONA 1G, EV, 6/6H							
5	CETOPROFENO 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 12/12H							
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 8/8H (S/N)							
7	OMEPRAZOL 40MG, VO, 1CP, CEDO EM JEJUM							
8	PLASIL 10MG, EV, 8/8H, S/N							
9	CUIDADOS GERAIS							
10	SINAIS VITAIS DE 6/6H							
11								
12	FISIOTERAPIA MOTORA PARA DEDOS DA MÃO ESQUERDA							
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								

16 FEB 2017

Dr. Marcos Antonio Marques de Paula
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence
Rua Selgino Maranhense nº100 - Vila Industrial - São José dos Campos / SP - CEP 12220-200 - Tel.: (12) 3901-3400

Assinatura do Médico
Assinatura do Farmacêutico



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente: Paula Antonia Marques de Paula

RH: _____

Leito: _____

Data	Descrição
13/03/16	# Visitada # Dr. Pq. Dr. Gregório de Siqueira de Paula de Pólos Astel (E) Paciente LOTE, AEC, C, U, FFA, Fuparico. Sem queixas no momento. EFB: tal antihistamínico (E) dado em ms (E) BPP em ms (E) Lactação de Feto / Ex. 100% de DSI (E) Neurologia prescreveu em ms (E) CD: Mantendo presente internado p/ FST médica em ms (E), conforme orientação de Alexia. Solicita FST novamente, não visita sistema de presença. Presença Lun
13/03 23h	# Enfermagem # Lidiag do Antrodax Souvei Kapandix 20a evolu em 15, calma, coloração r, q queixas, dieta de 1 boa digestão, 20pm ms tela girada em ms, períodos de hiperten- são, diurese presente, mantendo prescrição de fisioterapia motora p/ alívio da dor esquerda, perfusão patofisiológica. Os exames fizeram: Ri. Bcn F 2 T 5/5; Al m/c 5/RA; ABD: flácido, 21A (E)

Cópia Autenticada
Prefeitura Municipal de São Carlos
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho
16 FEB 2017
Dr. Marcos Andrade Xavier
Cirurgião Geralista
CRM 112131/125 10444108007

NOTA: As anotações devem ser claras, objetivas e em letra legível. Devem destacar as razões para o estabelecimento de condutas clínicas e resultados de exames-chaves. As anotações devem ser devidamente identificadas (assinatura, cáritmo e/ou conselho de classe).



Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Pimenta
 OSE / SPDA - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	WALDES AMORIM M. 403	LEITO	ENFERMAGEM	DATA DA INTERNAÇÃO
IDADE	SEXO	ESPECIALIDADE	DATA DA PRESCRIÇÃO	
1	MASC 2 FEM	CHETO PÉDIA	17.05.16	
DIAGNÓSTICO	DOS CP. LARVAIS SEGUNDA PARADA			

ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Do de Antiótico	Dose	Via	Frequência	Horário	Valor	Notas
01	Digita oral cont. 1							
02	Alb							
03	Paracetamol 1g @ 6h							
04	Paracetamol 1g @ 6h							
05	Paracetamol 1g @ 6h							
06	Paracetamol 1g @ 6h							
07	Paracetamol 1g @ 6h							
08	Paracetamol 1g @ 6h							
09	Paracetamol 1g @ 6h							
10	Paracetamol 1g @ 6h							
11	Paracetamol 1g @ 6h							
12	Paracetamol 1g @ 6h							
13	Paracetamol 1g @ 6h							
14	Paracetamol 1g @ 6h							
15	Paracetamol 1g @ 6h							
16	Paracetamol 1g @ 6h							
17	Paracetamol 1g @ 6h							
18	Paracetamol 1g @ 6h							
19	Paracetamol 1g @ 6h							
20	Paracetamol 1g @ 6h							
21	Paracetamol 1g @ 6h							
22	Paracetamol 1g @ 6h							
23	Paracetamol 1g @ 6h							
24	Paracetamol 1g @ 6h							
25	Paracetamol 1g @ 6h							

RESERVA DE MEDICAMENTOS
 OJASIM
 1-9-2016 R 0300 1 30

COPIA AUTENTICADA
 Secretaria Municipal de Saúde
 Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Pimenta
 Rua C. F. Pimenta
 18 DE FEV 2017



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIPROFISSIONAL

Paciente:

Marcos Antonio Marques de Paula

RH:

Leito:

403

Data

Descrição

12/08
20h

#. Espirrometria

#. 10. Inalação. Soupe. Kapandji

Exame físico: pulmão, 10h, inspeção, ausculta, percussão, manobra de hiperinflação, afecção, mantendo 10h pulso, pele, desidratada em 10h; apresenta 10h hipertensão, hipertensão com a equipe de cardiologia por 2 dias e com sintomas por 2 dias, 10h. Segue em 10h 10h no 10h, 10h 10h 10h de 10h.

10h: BRNPT 515

AP: MV @ 51RA



Cópia Autenticada
Prefeitura Municipal de São Carlos
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence

10 FEB 2017

Dr. Marcos Andrade Xavier
Coordenador Médico SAÚDE - HMCFL
CRM 50.114723 / OAB 344410/SP-2017



AValiação de Fisioterapia

RH: 570490
NOME: Manoel Antônio Marques da Silva DATA: 11/02/14
Leito: 405 Idade: 92 Data de Internação: 30/01/14 Cid. Origem: _____
Diagnóstico: Pq PQ varizante Aguda (Cérebro E)

RESPIRATÓRIA

() IOT () Traqueostomia Plástica () Traqueostomia Metálica (x) Ar Ambiente
() Catéter O2: _____ () Tubo T: _____ () VMNI
() Máscara O2: _____ () Venturi: _____ () VMJ
Padrão Respiratório: Normal Cardiovascular: 42 ml/min
Exames Laboratoriais: _____ Neurológico: 3K 55 = 0
RX: _____
AP: uv 11/14

VENTILAÇÃO MECÂNICA

Modo: _____ FR: _____ Pnsp: _____ PS: _____ Pnsp: _____
Peep: _____ Fluxo: _____ VC: _____ FIO2: _____ Sat O2: _____

MOTORA

() Deambulando c/ Déficit (x) Deambulando s/ Déficit () Acamado c/ Déficit () Acamado s/ Déficit
() Hemiplegia _____ () Hemiparesia _____ () Paraplegia _____ () Paraparesia _____
() Tetraplegia _____ () Tetraparesia _____ () Cadeirante _____ () Sem auxílio
() Com auxílio de Bengalas () Com auxílio de Muletas () Com auxílio de Andador

Força Muscular Grau: MSD 4 MSE 4 MID 3 MIE 3
CD: _____

Transtorno de memória recente e recente de memória recente
em testes simples que foram observados. Exatidão
inferioridade de memória recente, não se lembra
de coisas.
1º fase: fisioterapia com MSE = 4
ventilação

Cópia Autenticada
Prestada Municipal da SCS
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Dr. José C. Florence
16 FEB 2017
Dr. Marcos André Xavier
Coordenador Médico SMC-HMFL
Cadastrado 11405105 MAC/100300

INDANES DE CINA E MÉDICA E OUBRODOVA

100

DATA DE NASCIMENTO: 1/1/1944

403

HYPOTHESIS DIAGONOSTICA:

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D
RM: 0000570240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA
NOME: ANTONIO JOSE DE PAULA

Journal of Management Education

[illegible]



Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Pereira
0551/SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	INACIOS	SEXO	MASC	FEM	ESPECIALIDADE	LEITO	ENFERMEIRA	DATA DA INTERNAÇÃO
IDADE	114	SEXO	MASC	FEM	ESPECIALIDADE	LEITO	ENFERMEIRA	DATA DA INTERNAÇÃO
DIAGNÓSTICO	114	SEXO	MASC	FEM	ESPECIALIDADE	LEITO	ENFERMEIRA	DATA DA INTERNAÇÃO
DATA DA PRESCRIÇÃO	114	SEXO	MASC	FEM	ESPECIALIDADE	LEITO	ENFERMEIRA	DATA DA INTERNAÇÃO

Nº ITEM	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Div. da Antibiótico	Dose	Via	Frequência	Hora Início	Hora
01	Amox 500mg						
02	Amox 500mg						
03	Amox 500mg						
04	Amox 500mg						
05	Amox 500mg						
06	Amox 500mg						
07	Amox 500mg						
08	Amox 500mg						
09	Amox 500mg						
10	Amox 500mg						
11	Amox 500mg						
12	Amox 500mg						
13	Amox 500mg						
14	Amox 500mg						
15	Amox 500mg						
16	Amox 500mg						
17	Amox 500mg						
18	Amox 500mg						
19	Amox 500mg						
20	Amox 500mg						
21	Amox 500mg						
22	Amox 500mg						
23	Amox 500mg						
24	Amox 500mg						
25	Amox 500mg						

16 FEB 2017

Contudo por:

Recebido por:

prescrever, observe a padronização de medicamentos.

Dr. Marcos Antônio de Souza
Condomínio Médico São José - HUCV
Rua 9 11408 / 085 0446410300002



AVALIAÇÃO DE RISCOS

Nome: Marcos Antônio Marques de Paula
Unidade: 2 Data: 10/08/16 RH: 2

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - PULSEIRA BRANCA ÚLCERA POR PRESSÃO- ESCALA DE BRADEN - PULSEIRA ROXA

	1	2	3	4
1) Percepção Sensorial	<input type="checkbox"/> Completamente limitado	<input type="checkbox"/> Muito limitado	<input type="checkbox"/> Levemente Limitado	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhuma limitação
3) Umidade	<input type="checkbox"/> Consistentemente úmido	<input type="checkbox"/> Muito úmido	<input checked="" type="checkbox"/> Ocasionalmente Úmida	<input type="checkbox"/> Raramente úmida
2) Atividade Física	<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Restrito à cadeira	<input checked="" type="checkbox"/> Caminha ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Caminha frequentemente
2) Mobilidade	<input type="checkbox"/> Completamente imobilizado	<input type="checkbox"/> Muito limitado	<input checked="" type="checkbox"/> Levemente Limitado	<input type="checkbox"/> Nenhuma Limitação
3) Nutrição	<input type="checkbox"/> Muito Pobre	<input type="checkbox"/> Provavelmente Inadequado	<input checked="" type="checkbox"/> Adequado	<input type="checkbox"/> Excelente
3) Fricção e Cisalhamento	<input type="checkbox"/> Problema	<input type="checkbox"/> Potencialmente para Problema	<input checked="" type="checkbox"/> Nenhum Problema aparente	
Total de Pontos:	Classificação			<input type="checkbox"/> Risco de Úlcera por Pressão em: <u>10/08/16</u> Horário: <u>2</u>
<u>19</u>	<p>≤ 9 pontos = Risco Muito Elevado 10 a 12 pontos = Risco Alto 13 a 14 pontos = Risco Moderado</p>			<p>15-13 pontos = Risco Baixo 19-23 pontos = Sem risco</p>

RISCO MUITO ELEVADO E ALTO RISCO	RISCO MODERADO	BAIXO RISCO
Relógio de mudança de decúbito 1/1h	Relógio de mudança de decúbito 2/2h	Relógio de mudança de decúbito 3/3h
Mudança de decúbito 1/1h	Mudança de decúbito 2/2h	Mudança de decúbito 3/3h
Hidratação da pele com AGE	Hidratação da pele com AGE	Hidratação da pele com AGE
Colchão Piramidal	Colchão Piramidal	Colchão Piramidal
Proteção de proeminências ósseas com filme transparente	Proteção de proeminências ósseas com filme transparente	Proteção de proeminências ósseas com filme transparente
Solicitar avaliação nutricional	Solicitar avaliação nutricional	Estimular hidratação VO e alimentação
Hidratação via oral	Hidratação via oral	Massagem de conforto a cada 8h
Uso de coxins e bota de alívio	Uso de coxins e bota de alívio	
Massagem de conforto a cada 8h	Massagem de conforto a cada 8h	

QUEDA - PULSEIRA LARANJA	
<input type="checkbox"/> Idade < 5 ou > 65 anos <input type="checkbox"/> Agitado ou Confuso <input type="checkbox"/> Pacientes psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Com déficit sensitivo e/ou motor <input type="checkbox"/> Com dificuldade de marcha <input type="checkbox"/> Puérperas pós parto <input type="checkbox"/> Com distúrbio neurológico <input type="checkbox"/> Fazendo uso de sedativos <input type="checkbox"/> POI de cirurgias eletivas <input type="checkbox"/> Uso de Maca
<input type="checkbox"/> Risco de Queda em: <u>1/1</u> Horário: <u>2</u>	

CONDUTAS PREVENTIVAS DE ENFERMAGEM

Grades elevadas para pacientes acima de 65 anos e menor que 5 anos

Pacientes confusos e agitados: Contenção mecânica, Grades elevadas e Estimular acompanhante familiar

No pronto atendimento, pacientes confusos e agitados: colocar a maca no chão e realizar contenção mecânica

FLEBITE - PULSEIRA AMARELA	
<input type="checkbox"/> Idade > 65 anos <input type="checkbox"/> Múltiplas punções periféricas <input type="checkbox"/> Infusão EV > 90 ml/h <input type="checkbox"/> Fragilidade Capilar <input type="checkbox"/> Esclerose venosa grave <input type="checkbox"/> Drogas com pH < 6 ou > 8	<input type="checkbox"/> Riscos de infecção sistêmica <input type="checkbox"/> Dificuldade de imobilização do cateter/membro <input type="checkbox"/> Inserção de CVP em situação de emergência <input type="checkbox"/> Infusão de solução hipertônica <input type="checkbox"/> Infusão de KCl > 20 mEq/h ou 200 mEq em 24h <input type="checkbox"/> Punção periférica anterior no mesmo local
<input type="checkbox"/> Risco de Flebite em: <u>1/1</u> Horário: <u>2</u>	

CONDUTAS PREVENTIVAS DE ENFERMAGEM

Seguir rigorosamente o tempo determinado de infusão dos medicamentos

Troca de curativo do acesso a cada 24 horas e/ou se apresentar sujidade

Fazer uso de proteção com plástico envoltivo por fita adesiva na hora do banho

Trocar acesso venoso a cada 72 horas, ou em caso de indicação clínica (sinais de infecção)

Monitor técnicas assépticas sempre que for manipular o cateter

Retirar o acesso se queixa álgica no local ou sinais de infecção

Identificar o curativo do acesso venoso com data de punção, data da troca e assinatura legível

Higienizar as mãos para qualquer contato com o cateter

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro responsável pelo atendimento.

Cópia Autenticada
 Prefeitura Municipal de São Carlos
 Secretaria Municipal de Saúde
 Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence
 16/08/2017
 Dr. Marcos Antônio Marques de Paula
 Coordenador Médico SAEH-HAUC
 CRM-SP 14135 / CBO 362040202020

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

CRM:

Nome:

① Paciente em D.H. 70h Hospital de Placas do NSE

② Realizada a anti-MMA + colocação da canula titânio e parafuso a posterior

③ Insuflado todos os pontos e drenagem nos planos até a normalização da deformidade

④ Realizada a osteotomia do Rádio distal, correção da deformidade e fixação com placa "T" 3x3 com 3 parafusos + 2 fios K para

⑤ estabilização do rádio.

⑥ normalização dos tecidos. Boa redução e alinhamento!

⑦ Incisão dorsal e amputação do Rádio distal

⑧ Sutura por planos

⑨ Amputação dos dedos de todos os dedos da mão ⑩

⑪ Sutura por planos

⑫ curativo e talco antisséptico e talco

⑬ RLA 1



Cópia Autenticada
Prefeitura Municipal de São José
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Dr. José C. Pereira
16 FEB 2017
Dr. Marcos Antônio Xavier
Coordenador Médico Saúde Bucal
CRM 91178 / OS 00500000000

Assinatura / Carimbo



RH: 0000570240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

Antibio. Cefazolin 1g 12:30 h
hs.

MAE: ANTONIA JOSE DE PAULA
DT. NASC.: 23/07/1973 SEXO: M IMP.: 10/08/2016 09:44

TIPO DE ANESTESIA
BPB + Sedação

NOME: Marcos Antonio Marques IDADE: 43 RH: S70240 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM.

DIAGNÓSTICO: fratura metacarpo 5 CIRURGIA: Osteossíntese

DATA: 10/08/16 CIRURGIÃO: N. Zanon ASSISTENTE: Carlo M.P.A.: Carlo HORA: 15:30 EST. FÍSICO: ASA I

HORA:	12:30	13:30	14:30	15:30
AGENTES				
LÍQUIDOS	MSD: 20	SF 50	EL 50	
% SAT O2	97	97	97	97
CO2				
ESE				
ECG	ES	ES	ES	ES
38°	320	320	320	320
36°	210	210	210	210
34°	200	200	200	200
32°	190	190	190	190
30°	180	180	180	180
28°	170	170	170	170
26°	160	160	160	160
24°	150	150	150	150
22°	140	140	140	140
20°	130	130	130	130
18°	120	120	120	120
16°	110	110	110	110
14°	100	100	100	100
12°	90	90	90	90
10°	80	80	80	80
8°	70	70	70	70
6°	60	60	60	60
4°	50	50	50	50
2°	40	40	40	40
0°	30	30	30	30
-2°	20	20	20	20
-4°	10	10	10	10
-6°	0	0	0	0
-8°				
-10°				
-12°				
-14°				
-16°				
-18°				
-20°				
-22°				
-24°				
-26°				
-28°				
-30°				
-32°				
-34°				
-36°				
-38°				
-40°				
-42°				
-44°				
-46°				
-48°				
-50°				
-52°				
-54°				
-56°				
-58°				
-60°				
-62°				
-64°				
-66°				
-68°				
-70°				
-72°				
-74°				
-76°				
-78°				
-80°				
-82°				
-84°				
-86°				
-88°				
-90°				
-92°				
-94°				
-96°				
-98°				
-100°				

Cópia Autenticada
Prestada em 10/08/2016 às 15:30h
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Dr. Jose de Florentin
10/08/2016
D. Marcos Antonio Marques
Coordenador de Saúde
Rua 9 de Julho, 1145 - Jd. Santa Helena

SÍMBOLOS X		MONITORIZAÇÃO		LÍQ. ADMINISTRADOS		Q. PERDIDOS	
<p><u>BPB</u></p> <p><u>Morfina 1mg/kg</u> a cada 20 min</p> <p><u>Lidocaina 1,5%</u> a cada 20 min</p> <p><u>SEDACÃO</u></p> <p><u>Microlaxom Sup</u></p> <p><u>Fentanil 100ug</u></p> <p><u>Ativan 4mg</u></p>		<p>TERMOGRÁFICO <input type="checkbox"/> SWAN GAN <input type="checkbox"/></p> <p>PA NÃO INVASIVA <input type="checkbox"/> EST. PERIFÉRICO <input type="checkbox"/></p> <p>PACIENTE <input type="checkbox"/> EST. ESOF <input type="checkbox"/></p> <p>ECG <input type="checkbox"/> EST. PULSO <input type="checkbox"/></p> <p>ANILHADOR GASES <input type="checkbox"/> TEMP. CENTRAL <input type="checkbox"/></p> <p>ECG <input type="checkbox"/> CARIÓTIPO <input type="checkbox"/></p>		<p>RINGER <input type="checkbox"/></p> <p>FISIOLOG <input type="checkbox"/></p> <p>GLICOSE <input type="checkbox"/></p> <p>SANGUE <input type="checkbox"/></p> <p>PLASMA <input type="checkbox"/></p> <p>OUTROS <input type="checkbox"/></p> <p>TOTAL <input type="checkbox"/></p>		<p>SANGUE <input type="checkbox"/></p> <p>URINA <input type="checkbox"/></p> <p>TOTAL <input type="checkbox"/></p>	
<p>ANOTAÇÕES:</p> <p>X- Identifi fratura, osteossíntese, anestesia MSD + sedação</p> <p>P Sedação</p> <p>@ Bloqueio de plexo braquial e via subclávia com cateter de 20G com mepivacaína.</p> <p>@ Suplemento de fentanil 100ug</p>		<p>TÉCNICA:</p>					



Tempo de administração: 1355

Eseata de dort

Rate	13.5%
Notes	Q

Dispositivos Utilizados na RA

() Carter de O?

7. *Micro-organisms*

Escritorio de piso

1. *Chlorophylls* formed

7. Cufios

Índice de Avaliação Postural (0 - 12 anos) Passado em Estudo							Observações
Parâmetros/Min	H072	0	15	30	60	90	
Valor							
Vião áreas	2						
Tosse ou choro	1						
Respira facilmente	0						
Requer manutenção							
Consciência	2						
Deserto	1						
Responde a estímulos verbais ou táteis	0						
Não responde							
Movimentação	2						
Movimenta os membros intencionalmente	1						
Movimentos não intencionais	0						
Não se movimenta							
Total:							

NOME E COREN - CARIMBO

Índice de Aldrete Kroulik	Hora	13:55	14:10	14:30	15:45	16:00	16:30	17:00
Parâmetros mínimos	Pontos	0	15	30	45	60	90	120
Atividade motora	2							
Capaz de mover os 4 membros	1	1	1	1	2			
Capaz de mover os 2 membros	0							
Incapaz de mover os membros	2	2	2	2	2			
Respiração:	1							
Respira profundamente ou tosse livremente	0							
Dispneia ou limitação respiratória	2	2	2	2	2			
Apnéia	1							
Circulação:	0							
PA +/- 20% menor que no pré-anestésico	2	2	2	2	2			
PA +/- 20% a 49% do pré-anestésico	1							
PA +/- 50% do pré-anestésico	0							
Nível de consciência	2	2	2	2	2			
Despertar totalmente	1							
Compreensão adequada	0							
Não responde	2	2	2	2	2			
Daturação de oxigênio	1							
Menor que 92% em ar ambiente	0							
Necessita de O ₂ para saturação maior que 90%	-							
Menor que 90% com O ₂ suplementar	-							
IAK - TOTAL Obs.: 9 ou mais pontos oferecem segurança para alta da RPA	-							

NOME E COGNOME - CARIMBO

[illegible]

Avaliação de Enfermagem:

[illegible]

Prescrição Médica (Anestesiologista):

16 Dec 1961

Cardiologists' Response

Módulo de arte de F...

© 2000 Blackwell Science Ltd

Engelhardt, J. 1973.

() Drenage

1. Clinica

SAVE

4 15ME

Output:

0.150%

Entfernung:



Hora	PA	FC	FR	Saturação	T°	Dextro s/n
2:20	124/79 mmHg	78 bpm	19 rpm	98 %	— °	— mg/dl

Admissão no S.O. 12:20 Início da Anestesia: 12:30 Início da cirurgia: 12:50
 Término da Anestesia: 13:50 Término da cirurgia: 13:40

Cateterismo vesical: () sim ☒ não Sonda Foley nº _____ Realizado por: _____ COREN: _____

Anotação de Enfermagem:

Adaptação de Chermagenir:
Adaptado em 90, acidade respondendo a solicitação, comissão patrocinada no em
hora antecelular. D com placa 20+R 2000+qualidade bloques para bloques de
Epilaxia Correlor Valdivia em intermitência, produção de campo intermitente, cada
de sites euniquia, emisso de crescimento em intermitência 13.05 como plantas
para a produção de Eluigi. Eluigi 13.30 Tensão da C. 13.30
e intermitente 13.30 Tensão da antena 13.50 Ena-
intermitente para RPD, mantendo C. 13.50 Tensão da
MSR limpo e 13.50, 13.50 mantendo C. 13.50 Tensão da

Assi

Assinatura e Carimbo

Posicionamento do Paciente

☒ Dorsal ☐ Lateral D ☐ Trendelenburg ☐ Ventral ☐ Fowler ☐ Semi Fowler ☐ Lateral E

☐ Prone ☐ Litotomia ☐ Coxim Local do coxim: _____

Contagem Instrumental : Quantidade Inicial: conforme CME Quantidade Final: conforme CME

DISPOSITIVO UTILIZADO:

<input type="checkbox"/> Acesso Venoso Central	<input type="checkbox"/> Colchão térmico	<input checked="" type="checkbox"/> Manguto PANI	<input type="checkbox"/> Placa neutra
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso Periférico <u>HEP</u>	<input type="checkbox"/> Drenos	<input type="checkbox"/> Manta térmica	<input type="checkbox"/> Traqueostomia
<input type="checkbox"/> Acesso Arterial	<input checked="" type="checkbox"/> Eletrodos	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Sondas
<input type="checkbox"/> Colchete de Oxigênio	<input type="checkbox"/> Intubação	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Outros

Plac de Bisturi



(verificar condições de pele, posicionar placa o mais próximo do local cirúrgico em área muscular, superfície seca distantes de objetos metálicos (segundo protocolo)

☒ Garrote Pneumático Início

Oxímetro: ▲

☒ Smarch Inicio: 1230 h. Fin: 1336 h.

Hemoderivados:	Concentrado de Hemácias	Plasma
----------------	-------------------------	--------

Degermação:	<input type="checkbox"/> PVPI Degermante	<input checked="" type="checkbox"/> Cloroxidina Degermante
-------------	--	--

Antissepsia: ☐ PVPI Tópico ☐ PVPI tintura ☐ Cloroxidina aquoso ☒ Cloroxidina alcoólico

CONTROLE DE COMPRESSAS E AGULHAS

Compressas	Fornecidas:	Recolhidas:
Análises	Fornecidas:	Recolhidas:

CHECK LIST na Sala Cirúrgica

Utilização material de OPME (empresa)	Sim	Não	Sim	Não
Posicionamento correto do paciente	Sim	Não	Sim	Não
Colocado placa de bisturi corretamente	Sim	Não	Sim	Não
Houve algum problema com os equipamentos que deva ser resolvido? Qual?	Sim	Não	Sim	Não
Confirmado colocação de protetores obrigatórios no paciente	Sim	Não	Sim	Não
Confirmado antibiótico profilaxia	Sim	Não	Sim	Não

Biopsias identificadas: S N Quantidade: 2

Realizado conferência e cartão reposição do material consignado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não se aplica
--	------------------------------	------------------------------	--

Cirurgia realizada: Colúmbia de amplexão a la suple



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP)

Nome do Paciente:

Mauco Antonio M. de Paula

COLE AQUI A ETIQUETA

Data de nasc:

23.07.73

Sexo:

☐ Feminino

☒ Masculino

RH:

570240

Cirurgia Proposta:

MHO 69g.

CHECK LIST DO PACIENTE CIRÚRGICO

☒ AMBULATÓRIO

☐ VISITA PRÉ DE ENFERMAGEM

	ELETIVO		UCA	
Confirmado dados do paciente (Nome/Data nasc / RH)	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Confirmado procedimento a ser realizado	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Conferido consentimento informado preenchido e assinado (anestésico / transfusão)	SIM	NÃO	SIM	NÃO
O paciente tem conhecimento do procedimento a ser realizado	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Conferido exames pré-operatório	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Avaliação pré-anestésica	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Avaliação do Cardiologista	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Verificado alergias - Qual(is)?	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Realizada reconciliação medicamentosa	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Indicado se foi feita a reserva de hemoderivados (se pertinente)	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tipagem sanguínea	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Solicitado reserva de vaga de UTI (se pertinente) no aviso cirúrgico?	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Confirmado cirurgia no mapa cirúrgico	SIM	NÃO	SIM	NÃO

ANOTAÇÕES:

Quarto 020 da cirurgia dia 20/07
1st. Cir. 1st. Cir. 1st. Cir. 1st. Cir. 1st. Cir.
1st. Cir. 1st. Cir. 1st. Cir. 1st. Cir. 1st. Cir.

13/07/16 Para visita pré-operatório de enfermagem

confirmado cirurgia no mapa e não há reserva de vaga de UTI. Anest. Anest.

Assinatura e Carimbo
Assinatura e Carimbo
Assinatura e Carimbo

AValiação de Enfermagem na Unidade de Internação

Jejum: ☐ Não ☒ Sim; a partir de 02 h 00 min. Solução de maltodextrina às h min. Data: / /

Retirada de Prótese Dentária	SIM	NÃO	Confirmado esvaziamento vesical	SIM	NÃO
Retirada de Roupa Íntima	SIM	NÃO	Coleta de sangue	SIM	NÃO
Retirada de Esmalte	SIM	NÃO	Identificação (Pulseira Única com nome completo / RH e D.O)	SIM	NÃO
Retirada de adornos	SIM	NÃO	Integridade da pele	SIM	NÃO
Retirada de cabelos artificiais	SIM	NÃO	Presença de lesão - Local	SIM	NÃO

EXAMES COMPLEMENTARES

☐ RX ☐ U. Som ☐ Cat ☐ Tomografia ☐ Ressonância ☐ ECG ☐ GLIC
☐ HB ☐ HT ☐ PLAQ. ☐ LEUC. ☐ TC ☐ TS ☐ BILI
☐ TGO ☐ TGP ☐ Outros:

SINAIS VITAIS

Hora	PA	FC	FR	Saturação	T°	Dextro s/n
	mmHg	bpm	rpm	%	°C	mg/dL
	mmHg	bpm	rpm	%	°C	mg/dL

ANOTAÇÕES:

Encaminhado o Paciente da Unidade

para o Centro Cirúrgico às

1200 h

Enfermagem:

COREN:

Responsável pelo transporte:

COREN:



Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence

SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

TERMO DE CIÊNCIA, CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO E CIRURGIAS

Consentimento informado - Norma técnica resolução SS-169 de 19/06/96.

Autorizo o Dr(a) Leis Nery e equipe de Anestesia a realizarem o seguinte procedimento: Coronária

Segundo um Ponto (E)
Os doutores acima mencionados explicaram-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a que serei submetido, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo qualquer outro procedimento ou tratamento, incluindo transfusão de sangue, situações imprevistas que possam ocorrer e/ou necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: Marcos Antônio Xavier

☒ Paciente ☐ Responsável

Preenchido pelos Médicos:

Explicamos detalhadamente a este paciente, ou ao seu responsável o procedimento, seus riscos e alternativas terapêuticas possíveis. Foram respondidas satisfatoriamente todas as perguntas, e acredito que o paciente / responsável compreendeu tudo que explicamos. Assumimos a responsabilidade pela realização do procedimento a que será submetido o(a) Sr(a): Marcos Antônio Xavier - São Paulo

Nome: _____

São José dos Campos 03/07/11



Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence

OSS / SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



Folha 1/2

HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ D

RH: 0000570240 NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

UFERMAGEM

MAE: ANTONIA JOSE DE PAULA

DT. NASC.: 23/07/1973 SEXO : M IMP.: 10/08/2016 20:18

Nome: _____

RH: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Cor: _____

Estado Civil: _____

Nº de Filhos: _____

Religião: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Naturalidade: _____

Diagnóstico Médico: _____

Data: 10/08/16

Clinica: IV

Leito: 403

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL	LISTA DE PROBLEMAS		
	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	INÍCIO DA ABORDAGEM	TÉRMINO DA ABORDAGEM
<i>DO CORAÇÃO</i> <i>arterial</i> <i>hipertensão</i>	<i>Risco de infecção</i> <i>Insuficiência cardíaca</i> <i>miocárdio</i>		
ANTECEDENTES PESSOAIS			
<input type="checkbox"/> Diabetes			
<input type="checkbox"/> Cardiopatias			
<input type="checkbox"/> Doenças Infecto Contagiosa			
<input type="checkbox"/> Outras doenças			
<input type="checkbox"/> Tabagismo			
<input type="checkbox"/> Etilismo			
<input type="checkbox"/> Drogas			
<input type="checkbox"/> Cirurgia Anterior			
<input type="checkbox"/> Alergia			
<input type="checkbox"/> Antecedentes Familiares			
MEDICAÇÃO EM USO:			
OUTRAS INFORMAÇÕES:			

Cópia Autenticada
Presidência Municipal de São Carlos
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence

16 FEB 2017

Dr. Marcos Antônio Xavier
Coordenador Médico Saúde Família
CRM 12.11003 / 106.20464-030002



HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ CARVALHO DE FLORENCE
SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina



Ambulatório
ORIENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO

- NOME DO PACIENTE: Manoel Antônio Marques da Paiva
- DATA DA CIRURGIA: 10/08/16
- INTERNAR ÀS 09:00 HORAS DO DIA 10/08/16
- TIPO DE CIRURGIA: Cistodex + Salve Lapomy
- JEJUM A PARTIR DAS 00:00 DA VESPERA DA CIRURGIA DO DIA 09/08/16
- **PROCURAR O SETOR DE INTERNAÇÃO NA RECEPÇÃO PRINCIPAL DO HOSPITAL MUNICIPAL**
- **VIR ACOMPANHADO PARA A INTERNAÇÃO** (por acompanhante maior de idade que deverá trazer documento original com foto). **Menores de idade vir acompanhado dos pais ou responsável legal**
- PACIENTES COM DIREITO ACOMPANHANTE NO QUARTO: MENORES DE 18 ANOS, **MAIORES DE 60 ANOS E PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.**
- **TRAZER TODOS OS EXAMES, CARTÃO SUS E DOCUMENTO ORIGINAL (RG, CNH, Certidão de nascimento).**
- Trazer PARA USO DE HIGIENE PESSOAL (ESCOVA DE DENTE, PENTE, SANDÁLIA, ETC.)
- PIJAMA, CAMISOLA E TOALHA DE BANHO É OPCIONAL, A TOALHA DE BANHO DEVERÁ SER COLORIDA.
- NO DIA ANTERIOR À CIRURGIA TOMAR BANHO E LAVAR O CABELO. NO DIA DA CIRURGIA TOMAR BANHO E NÃO MOLHAR O CABELO, NÃO UTILIZAR CREMES, DESODORANTE NEM MAQUIAGEM.
- **NÃO TRAZER PARA O HOSPITAL OBJETOS DE METAL COMO: RELÓGIO, CORRENTES, PULSEIRAS, BRINCOS, ANEIS, CELULARES, ÓCULOS, ETC.**
- RETIRAR PRÓTESE DENTÁRIA ANTES DE IR PARA O CENTRO CIRÚRGICO.
- **NÃO UTILIZAR ESMALTE COLORIDO, CASO QUEIRA APENAS UMA BASE.**
- RETIRADA DE PELOS SERÁ REALIZADA NO HOSPITAL, SE PREFERIR DEPILAÇÃO DEVERÁ SER REALIZADO 03 DIAS ANTES DA CIRURGIA.
- É PROIBIDO TRAZER ALIMENTOS PARA O HOSPITAL.
- CASO UTILIZE APLIQUE CAPILAR SINTÉTICO OU NATURAL (CANECALON, MEGA HAIR, ETC) RETIRAR ANTES DA DATA DE INTERNAÇÃO.
- CASO HAJA DESISTÊNCIA DA CIRURGIA POR PARTE DO PACIENTE FAVOR NOS INFORMAR ALGUNS DIAS ANTES (PESSOALMENTE)

Cópia Autenticada
Hospital Municipal de São Carlos
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal de São Carlos
16 FEB 2017
Dr. Marcos Andrade Xavier
Coordenador Médico SAM-HM/CF
CRM-SP 14781 / OAB 284441/135002



HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D
R. SAIGIRO NAKAMURA, 800 - São José dos Campos

Internaç
10/08

FICHA DE INTERNAÇÃO-SUS

Número do Atendimento: 1608015004



NOME.....: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

RH: 0000570240

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que sou responsável pelo paciente e que tomo ciência do regulamento do hospital.

São José dos Campos, 10 de Agosto 2016

ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA
RG : 23447300-9

TERMO DE AUTORIZAÇÃO - I

Autorizo o corpo clínico do HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D a realizar exames, procedimentos e tratamentos médicos que forem julgados necessários ou prudentes, inclusive cirurgias, anestesia, transfusões de sangue, bem como eventual necropsia.

São José dos Campos, 10 de Agosto 2016

ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA
RG : 23447300-9

Cópia Autenticada
Prefeitura Municipal de São José dos Campos
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Municipal Dr. José C. Pereira
6 FEV 2017
Dr. Marcos Andrade Xavier
Coordenador Médico SAÚDE-HIA
CRM SP 116751 / OAB 204464

TERMO DE AUTORIZAÇÃO - II

- ☐ Autorizo, após alta, o paciente a sair desacompanhado, desde que não haja impedimento médico legal.
- ☐ Não autorizo o paciente sair desacompanhado e comprometo-me a retirá-lo no prazo de 24 horas, após o qual o paciente fica autorizado a sair desacompanhado.
- Em se tratando de menor ou incapaz, estou ciente que o HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D através de medidas legais, fará o encaminhamento do mesmo caso não seja retirado após sua alta.
- Por estar ciente e de acordo com os termos acima, firmo de livre e espontânea vontade o presente compromisso.

São José dos Campos, 10 de Agosto 2016

Responsável: ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA
Documento: RG : 23447300-9

Funcionário: 5405402 -CLEISULA APARECIDA DIAS CHAVES

INTURADO



HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSE D
R. SAIGIRO NAKAMURA, 800 São José dos Campos

Internação
10/08/2016 09:43

FICHA DE INTERNAÇÃO-SUS

Dados da Internação

Número do Atendimento: 1608015004

Nº Atendimento Tasy: 0

Unidade Hospital: INTERNACAO

Leito Internação: 408

Especialidade: ORTOPEDIA

Médico Solicitante: 114783 - MARCOS ANDRADE

CCusto Solicitante: PS ATENDIMENTO ADULTO

Tipo Internação: ELETIVA

Diag. Entrada (CID): S62.8 - FRAT DE OUTR PARTES E DE PARTES NE PUNHO MA

Hip. Diagnóstica: FRAT DE OUTR PARTES E DE PARTE

Categoria: SUS

Cod. Barras Nº Atend. Vector



1608015004

Cod. Barras Nº Atend. Tasy



0

Unidade Internação: CLINICA CIRURGICA IV

Data Internação: 10/08/2016 09:36

C.N.S. 204464410360002

Tipo Tratamento: CIRURGICO

Origem Paciente: PRONTO SOCORRO

Identificação do Paciente

NOME: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

RH: 0000570240

Data de Nascimento: 23/07/1973

Sexo: M

C.N.S.

898004283897797

Cor: PARDA

Idade: 43

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Natural de: 230410-CRATEUS

Nacionalidade: BRASILEIRA

Grau de Instrução: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Religião: CATOLICA

Profissão: 33175-ENCARREGADO DE PAGAMENTO

Conjuge:

Filiação: Pai: ANTONIO MARQUES DE PAULA Mãe: ANTONIA JOSE DE PAULA

C.P.F.: 54000653334

R.G.: 34.213.211-8 - SSP/CE 28/03/2014

Endereço: R DIAMANTINA, 490

Ponto de Referência:

FONE: (129) 8820-2039

Código-Bairro: 0000 - JARDIM ISMÊNIA

CEP: 12220-669

Código-Cidade: 354990 - SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Estado: SP

Dados do Responsável pela internação

Nome: ANTONIA ELENILCE MARQUES DE PAULA

Sexo: FEMININO

Cor: BRANCA

Est. Civil: SOLTEIRO

Nacionalidade: BRASILEIRA

Profissão: VENDEADOR DE COMERCIO ATACADISTA

Telefone: () -

Documento: RG: 23447300-9

Residência: O MESMO

CEP: -

Bairro:

Cidade:

Estado:

Observações

SUS 898004283897797 CRA 950106

Saída: 15/08/16

Condições: () Alta () Óbito () Transferência

Atendimento 100% SUS - É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares de assistência devida ao paciente

Registrante: 5405402

Alterado por:

Assinatura do Responsável

FATURADO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3170559931

Nome do(a) Examinado(a): MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA FREI VIDAL DA PENHA, 2327 -
Crateús/CE - CEP 63700-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 342132118 - SSP - 26/03/2014

Data e Local do Acidente : 18/01/2016 - CRATEÚS - CE

Data e Local do Exame : 14/11/2018 RUA CEL LÚCIO, 221 - CRATEÚS/CE -
CEP 63700-000

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

FRATURA DO 4º E DO 5º METACARPOS ESQUERDOS

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE NO PUNHO E NA MÃO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO. EVOLUIU COM INFECÇÃO E PSEUDOARTROSE, NECESSITANDO DE NOVAS CIRURGIAS. APRESENTA RESUMO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR DATADO DE 02/05/2018 DO HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DS CAMPOS QUE REFERE DEFORMIDADE PÓS-TRAUMÁTICA DO 4º E 5º METACARPOS ESQUERDOS E RECEBE ALTA E SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO PARA CIRURGIA DE ARTRODESE DO 4º E 5º METACARPOS. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM NOVEMBRO DE 2018.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

CICATRIZES CIRÚRGICAS NO PUNHO E NO DORSO DA MÃO ESQUERDA, DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM AFUNDAMENTO AO NÍVEL DO 4º E 5º METACARPOS, LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DE FLEXÃO DO 4º E 5º DEDOS, DEFORMIDADE NO 5º DEDO, LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO, ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO PUNHO ASSOCIADO A DEFORMIDADE ESTRUTURAL COM ANTERIORIZAÇÃO DA ULNA, DIMINUIÇÃO MODERADA DA FORÇA DE PRENSÃO PALMAR E HIPOTROFIA MODERADA/GRAVE HIPOTENAR E LEVE TENAR.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

SEQUELA ANATÔMICA E FUNCIONAL MODERADA DA MÃO PELA DEFORMIDADE ESTRUTURAL, PELA DIMINUIÇÃO DA FORÇA E PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MÃO ESQUERDA

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REFERE TRAUMA NO OMBRO DIREITO, MAS NÃO APRESENTA DOC.



Dr. Greive Freitas Cavalcante
- Médico - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE



**SOLICITAÇÃO DE PEDIDO DE PERÍCIA ATRAVÉS DA
SEGURADORA LÍDER, CONFORME CIRCULAR 099/2011.**

À SEGURADORA LÍDER:

VÍTIMA: MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA
TELEFONES: (88) 992232909 / (88) 998714005 SINISTRO: _____

Obs.: Pedido de Perícia através da Seguradora Líder, conforme Circular 009/2011.

Anexos:

I – BAM:

() Sim () Não

II – Prontuário Médico:

(☒) Sim () Não

III – Declaração de Internação e Alta:

(☒) Sim () Não

IV – Certidão do Corpo de Bombeiros:

() Sim () Não

18 OUT 2017

Informo a essa respeitada Empresa que sofri acidente de trânsito e adquiri debilidade permanente em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, motivo pelo qual, solicito a perícia médica de V. S^a.

Esclareço que sou pessoa humilde e necessito da indenização.

Caso não seja realizada perícia, entrarei com reclamação junto a SUSEP e com Ação Judicial.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.

Marcos Antonio Marques do Paula
Assinatura

Data: 09 / 08 / 2017

"DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA"

MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, brasileiro, solteiro, afastado, portador da cédula de identidade sob o nº 34.213.211-8 e inscrito com CPF sob o nº 540006533-34, residente e domiciliado na Localidade Quirino, zona-rural Crateús, /CE CEP: 63700-000, **DECLARA** para os devidos fins de direito, nos termos do artigo 4.º da Lei 1060/50, e artigo 1.º da Lei 7115/83 que é pessoa reconhecidamente pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições de arcar com as custas, e despesas processuais, sem privar-se dos meios necessários à sua subsistência e de sua família.

Por ser expressão da verdade, firma a presente declaração, ciente de que sujeitar-se-á às sanções civis e criminais, em caso de falsidade.

Crateús/CE, 16 de junho de 2017.

Marcos Antonio Marques de Paula

MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA



ESTADO DE SÃO PAULO

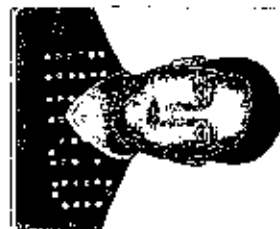
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBERTON SAUT

752-6



TOCAÇÃO CRISTO



Marcio de Moraes Palhares

CARTÃO DE IDENTIDADE

NÚMERO
GERAL

38.180.132-9

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/JUN/2006

NOME

MARCIO DE MORAIS PALHARES

FILIAÇÃO

DANILO PALHARES DA COSTA

MÃE

MARIA SOCORRO DE MORAIS
PALHARES

NATURALIDADE

RIO DE JANEIRO - RJ

DATA DO NASCIMENTO

06/MAR/1980

LOCAL DE NASCIMENTO

RIO DE JANEIRO - RJ

SANTA CRUZ

DN: L-AS

/FLS. 150 / N. 001499

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

Lei Nº 7.116 DE 28/08/83



CRATELUS CEARE

Autenticado, para os devidos efeitos, a presente
cópia reprográfica do documento que me foi
apresentado em Cartório pela parte interessada.
Dou fé.
CRATELUS CE 26 JUN 2017
Em Teste de Validade

☒ Berta Silvéria Barreto Cavalcante - Oficial
☐ Fabiana Barreto Cavalcante - Substituta
☐ Soraya Barreto Cavalcante - Substituta

ARTÓRIO CAVALCANTE
de Ofício Registro de Imóveis
Júlio Pinheiro Ferreira
Escriturante Substituto

Proprietário
da
Módulo

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo
nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura:

MARCIO DE MORAIS PALHARES

MARCIO DE MORAIS PALHARES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em: 17/06/98

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

MARCIO DE MORAIS PALHARES

Nº de Inscrição

289480388-50

Data de Nascimento

06/03/80



Autenticado, para os devidos efeitos, a presente
cópia reprográfica do documento que me foi
apresentado em Cartório pela parte interessada.
Dou fé.
CRATELUS CE 26 JUN 2017
Em Teste de Validade

☒ Berta Silvéria Barreto Cavalcante - Oficial
☐ Fabiana Barreto Cavalcante - Substituta
☐ Soraya Barreto Cavalcante - Substituta

19 OUT 2017

ARTÓRIO CAVALCANTE
de Ofício Registro de Imóveis
Júlio Pinheiro Ferreira
Escriturante Substituto

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCIO DEMORAIS PALHARES

RG nº 38.180.132-9 data de expedição 05/06/2006 Órgão SSP/RJ

CPF nº 189480388-50, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Frei Vidal da Penha</u>
Número	<u>2327</u>
Apto / Complemento	<u>cosc</u>
Bairro	<u>Satima I / Ponte Preta</u>
Cidade	<u>Gratús</u>
Estado	<u>Lepá</u>
CEP	<u>63700-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	<u>marcio.palhares@hotmail.com</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Gratús, le 17 de agosto de 2017

Assinatura do Declarante: Marcio de Moraes Palhares

19 OUT 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
CORPO DE POLÍCIA

NOME
ANDRÉZA MARIA ALMEIDA MELO DA MATA

DOC IDENTIFIC 200205154750 **SSP** **CE**

CPF 600.189.963-02 **DATA NASCIMENTO** 29/09/1987

FUNÇÃO
EDIVALDO MARTINS DA
MATA
MARIA DULCINEIDE
ALMEIDA MELO DA MATA

PERÍODO **ACC** **CATIA**

DATA 10/12/2012 **1ª EMISSÃO** 10/02/2007

SEN OBSERVAÇÃO:

Andréza Maria Almeida Melo da Mata
ANALISTA DE POLÍCIA

IDCA **DATA EMISSÃO**
CENTEUS, CE 17/10/2012

96913569024
CE132753091

PROTEÇÃO PLASTIFICADA
631258165

SABEM SEGURANÇA

19 OUT 2017

RECEBIDO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **600.189.963-02**

Nome: **ANDREZZA MARIA ALMEIDA MELO DA MAIA**

Data de Nascimento: **20/09/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/04/2003**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:16:52** do dia **28/08/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **D2C4.D7EB.BE11.F94A**



15 JUL 2017

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

2001

VÁLDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

26/MAR/2001

ANTONIO MARQUES DE PAULA

ANTONIA JOSE DE PAULA

2009年12月1日

23 JUL 1975

CRATED - CE

POTI

CM:LV.A006/FLS.024C/N.009013

1-800-6533/34

RESERVA DI GIUSTIZIA

[illegible]

NOTHING TO HIDE



2006年6月

Wesleyan University, Middletown, CT



0012

Documento de identidade

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
CPF	34.213.211-8
DATA DE EMISSÃO	26/MAR/2014
NOME	MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA
FUNÇÃO	ANTONIO MARQUES DE PAULA
E ANTONIA JOSE DE PAULA	
LOCALIDADE	CRATEUS - CE
DATA DE VIGÊNCIA	23/JUL/1973
LOCALIDADE	CRATEUS - CE
POTI	
CN:LV	A006/FLS.0240/N.009013
540006533/34	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

SABEM SEGURADORA S/A

19 OUT 2017

RECEBIDO

014/PA56

CARTEIRA DE IDENTIDADE	
PROIBIDO PLASTIFICAR	ASSINATURA DO TITULAR
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICHARDO GUIMARÃES DA SILVA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA	
ESTADO DE SÃO PAULO	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **540.006.533-34**

Nome: **MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA**

Data de Nascimento: **23/07/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **27/11/1992**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **19:06:02** do dia **28/08/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **AED6.8532.E81A.E688**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

28/08/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marcos de Moraes Palhares

RG nº 38.380.132-9, data de expedição 09/06/2006

Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 239.480.388-50, com domicílio na cidade de Cratêus, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Frei Vidal da Penha, nº 2327,

complemento São José, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Marcos Antônio Marques de F. Filho o condutor era

Carlos Alberto Nunes Moraes

Veículo: MOTOCICLETA / GASOLINA

Modelo: BMW / NX 250 ES

Ano: 2012

Placa: CTN 2836

Chassi: 9C2K005500R304465

Data do Acidente: 18/01/2016

Local e Data: _____

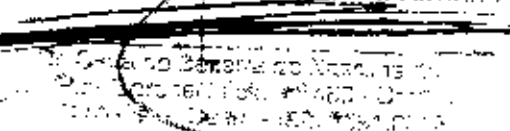
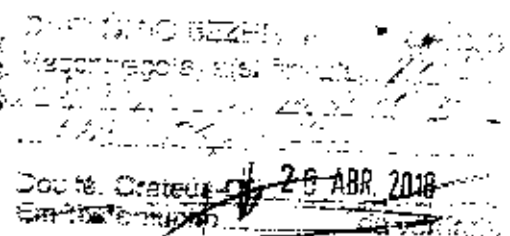
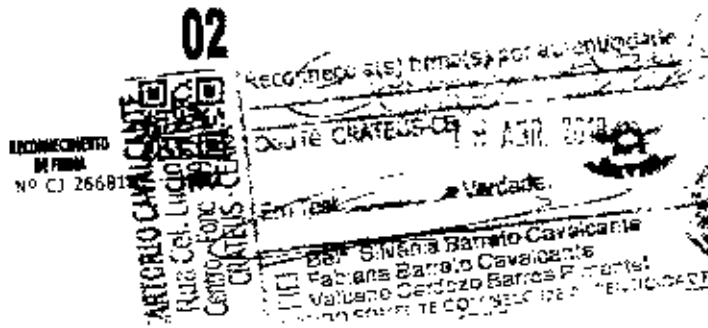
02 0037

Marcos de Moraes Palhares

Assinatura do Declarante

Carlos Alberto Nunes Moraes

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



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANDREZZA M. ALMEIDA MELO DA MAIA, portador(a) do

RG nº 200.200.516.476-9, expedido por SSP/CB, em

17/10/12, CPF/CNPJ nº 600.189.963-02

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MARCOS ANTONIO

MARQUES DE PAULA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDES

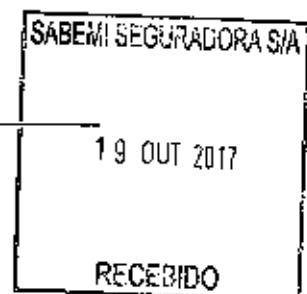
da vítima MARCOS ANTONIO MARQUES DE PAULA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUZO Renda Mensal: R\$ RECUZO

Documentos comprobatórios: RECUZO

x Andrezza M. Almeida Melo da Maia
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





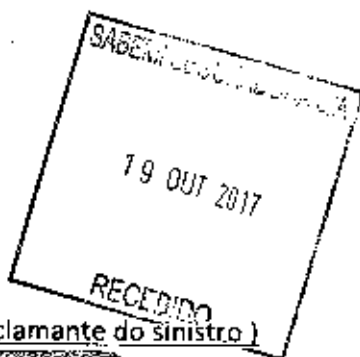
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCIO DE MORAIS PALHARES,
RG nº 38.180.132-9, data de expedição 05/06/2006
Órgão _____, portador do CPF nº 289.480.388-50 com
domicílio na cidade de CRATEÚS, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA FREI VIDAL DA PENHA, PONTE PRETA, nº 2327,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARCOS ANT^o MARQUES PAULA cujo o condutor era

Veículo: HONDA
Modelo: Honda / NXR150 BROS-ES
Ano: 01/2886 / CE
Placa: 2012
Chassi: 9C2KDOSSOCR304465
Data do Acidente: _____
Local e Data: 18/01/2007 batuíns/ce 20/09/2017.



Marcio de Moraes Palhares
Assinatura do Declarante



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



CARTÓRIO BEZERRA - 1º. OFÍCIO
Reconheço(a) a(s) firma(s) SILVIA
DE: MARCIO DE MORAIS PALHARES



Dou fé, Crateús - CE, 20 SET, 2017
Em Testemunho _____ da verdade

Dr. Osvaldo Bezerra do Nascimento Jr.
Rua Coronel Lúcio, nº 486 - Centro
Crateús - Ceará - (88) 3691-0013

