

# 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: 29/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JOSE AMORIM SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000088340-8

---

Nr. da Autenticação 4A6365B307704419

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180127791

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ANTONIO JOSE AMORIM SILVA

**Data do acidente:** 08/12/2017

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ACETABULO DIREITO E FRATURA DE TERCO MEDIO DISTAL DE PERNA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACAS E PARAFUSOS NO ACETABULO DIREITO E NA PERNA DIREITA. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM HIPOTROFIA IMPORTANTE DE QUADRICEPS A DIREITA, BLOQUEIO DA ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, AUMENTO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE PERNA DIREITA E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO E DO TORNOZELO A DIREITA COM REPERCUSSÃO IMPORTANTE NA MARCHA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

**CRM do médico:** 10570

**UF do CRM do médico:** SC

## 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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180127791 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO JOSE AMORIM SILVA **Data do acidente:** 08/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Fratura em antebraço direito.

**Resultados terapêuticos:** Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional em movimentos de MSD.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** Dano moderado de MSD.

**Documentos complementares:**

**Observações:** Indenizado com base em documentação médico hospitalar.

## 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 um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

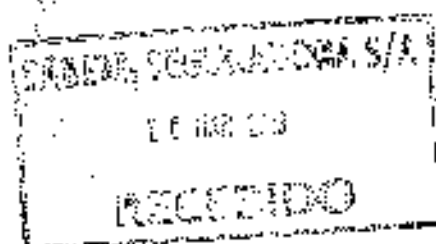
**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE:

*Galvão, José, Juvêncio*

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

*62400*

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME  
O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO.

ORTO  
NEURO  
GERAL

Im: 06/12/2017 05:25:23

Unidade: 00000000000000000000  
Estado: 00000000000000000000

**LETIM DE ENTRADA - BE**

DOS DO PACIENTE:

Prontuário: 67409

Nome: ANTONIO JOSE AMORIM SILVA

Raça: BRANCA

Nome Mãe: RAFAELA ROSA DA SILVA

Raça Mãe: BRANCA

Sexo: MASCULINO

Idade: 65

Nascimento: 15/05/1956

Idade: 21a. Sem 29d

Sexo: MASCULINO

Responsável: ANTONIO JOSE AMORIM SILVA

CNS: 702503756690445

Profissão: RESCATE

Sexo: MASCULINO

G. Instrução: Não informado

S. Civil: 1503200

End. Local:

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 640518

Data: 08/12/2017 05:32:44

Condição:

RAIO-X REALIZADO

DATA 08/12/2017

Evento da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOVILIDADE (MOTO)

Condição: 00000000000000000000

Acid. Free: Não

Taxa: Não

Tipo: Não

**DADOS CLÍNICOS:**

Pt vítima de acidente de motocicleta há cerca de 2h. Sem  
capacete, refere perda de consciência.  
A. na aus. de pulso, c. ícter, c. urina e fezes  
S. m. bilial, RA. S. O. 08/12/2017  
C. vom. de sangue, c. urina, c. fezes. Pulso radial Abatido, inconst.  
S. Sinais de ingesta de álcool.  
C. sinais de excitação, em face de

Ex. X. 0000

Pulso:

Prontuário: 67409

**CONDIÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

TC de crânio

Rx de tórax, pulso, c. urina, c. fezes, c. urina, c. fezes

HUT DR. ZENON ROCHA

TECNOLOGIA COMPLEMENTAR

DATA 08/12/2017

ANEA: ( ) Verificado ( ) Administrativa ( ) Verificado ( ) Indisciplinado ( ) Verificado ( ) Por Exame ( ) Verificado ( ) Por Exame

( ) Referente a Unidade Origem ( ) Referente a Unidade

( ) Transferência

Data entrada:

hora:

( ) Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. de Exame

Intensidade:

OBITO:

( ) Data 24 de

DESTINO:

( ) Local 1

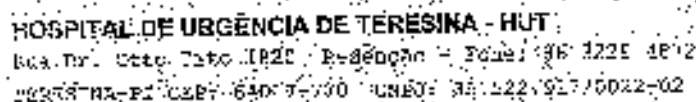
( ) Local 2

( ) Local 3

( ) Local 4

( ) De 24 a 48 hs

( ) Após 48 hs



LT 10-12-2007 REC 33:23  
INVESTIG. BICR-2

DADOS DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE:		Fronteira: 67409	
Nome:	ANTONIO JOSE AMORIM SILVA		
Mãe:	ARMENIA ROXATA DE SILVA	Pai:	ANTONIO AMORIM SILVA
End. Resid.:	MAC. Informado - MURICI - BA - BRASIL - CEP: 44000-010		
Nascimento:	20/08/1956	Idade:	42h; Jan 2000
Responsável:	ANTONIO JOSE AMORIM SILVA	CNS:	702603706995046
Profissão:	ESTUDANTE	Documentos:	CPF:
E. Instrução:	Não informado	R. Civil:	Ignorado
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:	
Código: 640518	Data: 08/12/2017 05:32:44
Clas. Con: Indefinido	
Assunto da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM UM COTOLETA (MOTO)	Conversões U.S.

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

[illegible]

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/1/2016 ESPECIALISTA:  
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: OX 15 Otopia  
 João Felipe Rangel e Lúcio  
 André G. - Lma para  
 DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/2016  
 P. 1/1 - 10 libelo no novo  
 de certo após 1/1/17  
 Assinatura Prof. Parecer





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**  
Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: Antonio José A. Gomes PRONTUÁRIO Nº: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO: Colúmbia CIRURGIA: Lig. Colúmbia - Rof. e R.  
ANESTESIA: \_\_\_\_\_ Nº DA SALA: Quil. d. Rev. D. + Cirúrgica  
CIRURGIÃO: Dr. Manoel D. Vasquez CPF Nº: Trabalh. + Traves. Joaquim José  
AUXILIAR: \_\_\_\_\_ CPF Nº: Exatidão D.  
ANESTESIA: \_\_\_\_\_ CPF Nº: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADORA: Dene CPF Nº: \_\_\_\_\_

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DL BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 1008	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 02-07-5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓRICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TÓRICO	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 10CC	UNID.	05	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SONO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JEI 50 Nº	UNID.	01		<u>Cremon 20cc</u>	UNID.	04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 3.0	UNID.	03					
ITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 1.0	UNID.	01		CIRCULANTE	<u>Salomá</u>		
PROLTNE					<u>69.142</u>		

Conn. A.





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLEIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14 / 12 / 2017

NOME DO PACIENTE: <u>Antonio José Amorim</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <u>TUM. PENETRANTE</u>	CIRURGIA: <u>DF posterior</u>
ANESTESIA: _____	<u>Laço de Franchet</u>
CIRURGIÃO: <u>Laço de Franchet</u>	<u>TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA</u>
AUXILIAR: <u>Samirson</u>	CPF Nº: 2559 5307 10306
ANESTESIA: <u>Raqui</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Chavliane</u>	CPF Nº: _____

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LIVAN Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	100		LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
ALGODÃO	SOLA			LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
ÁGUA OXIGENADA	ML			LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
COMPRESSA	PAC.	03		LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
ESPARADRAPO	CM	50		LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
ESCALPE Nº	UNID.			LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
FORMOL	ML			LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
GASES	PAC.	03		LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
JELCO Nº	UNID.			LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
ALCOOL				LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
MONONYLON 2-0	UNID.	03		LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
FIA UMBILICAL				LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
VCRY. 1-0	UNID.	03		LIVAN Nº 8.0	PAR	03	
PROF. FNE				LIVAN Nº 8.0	PAR	03	



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesiologista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Hor

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Adenite Durante a Operação

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. Paciente em posição supina, com a cabeça elevada.
2. Incisão vertical na região da axila esquerda, com 10 cm de comprimento.
3. Incisão de pele e tecido subcutâneo.
4. Dissecção cuidadosa da axila esquerda, com a finalidade de se atingir o ducto da mama.
5. Identificação do ducto da mama e sua ligação com a axila.
6. Ligadura do ducto da mama com fio de seda.
7. Fechamento da incisão com fio de seda.
8. Curativo com gaze e antisséptico.

Dr. [Assinatura]





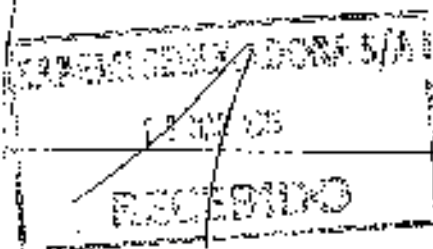
## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente: <u>Antônio José Amorim</u>		
Diagnóstico pré-operatório: <u>FRAT. 100-74-320</u>		
Operação - Tipo: <u>PLAQUE</u>		
Cirurgião: <u>Dr. Tse Frontiers</u>		
2ª Assistente: <u>Dr. Tse Frontiers</u>		
3ª Assistente: <u>Dr. Tse Frontiers</u>		
Instrumentador(a): <u>Davidiane</u>	Anestesiado: <u>Dr. Aldo José da Silva</u>	Anestesia: <u>Raqui</u>
Anestésico(a):		
Data da Operação: <u>14/12/13</u>	Início:	Fim:
Diagnóstico Pós-operatório:		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em DLE B3 vaguamente extensa
- ② Pré-operatório Assepsia colocação de campos cir.
- ③ Incisão posterior lateral ± 15 cm
- ④ Dissecção por planos
- ⑤ Redução anatómica + Osteossíntese com placa 1/3 curva (Mola) + Parafusos
- ⑥ Lavagem e sutura

Lao-Tse Frontiers  
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA  
CRM-RJ 2659 SBOC 10306

Dr. Jomarcos M. de L. Júnior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-RJ 2659 SBOC 10306

## FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE RESPONSÁVEL		Nº DE REGISTRO	
DATA	PAQUETES	PLT 30	RESERVAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	DE SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HISMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					DOS. URÉIA
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO					
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
SISTEMA DIGESTIVO					
ESTADO MENTAL					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)					
CORTICÓIDES					
ANALGÉSICOS					
OUTROS					
FISIOS					
EFETOS					
AGENTES ANESTÉSICOS					
OXIGÊNIO					
TOTAL DE DOSES					
LIQUIDOS					
TEMPERATURA					
P. ARTERIAL					
V. C. PULSO					
INÍCIO E FIM ANESTESIA					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO					
SÍMBOLOS					
TÉCNICAS					
OPERAÇÕES					
CIRURGIAS					
ANESTESIAS					
PARTICULARIDADES					
INCIDENTE - ACIDENTE					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO					
MEDICAMENTOS					



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otho Nito 1822 - Radescofo - Teresina - PI CEP: 64002-010

TERESINA-PI CEP: 64013-370 - CNPJ: 06.522.917/0001-00

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO JOSE AMORIM SILVA** (Prontuário: 67409)  
 Endereço: NAO INFORMADO - MUNIC. DE TERESINA - TERESINA - PI CEP: 64002-010  
 Nascimento: 10/09/1996 Idade: 21a.3m.28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 040518  
 Residência: 795575 Solicitação: 08/12/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Consultor: 097833 Convênio: S U S

## RELATÓRIO:

Cod. EIA: 0206010074

Data Exame: 08/12/2017

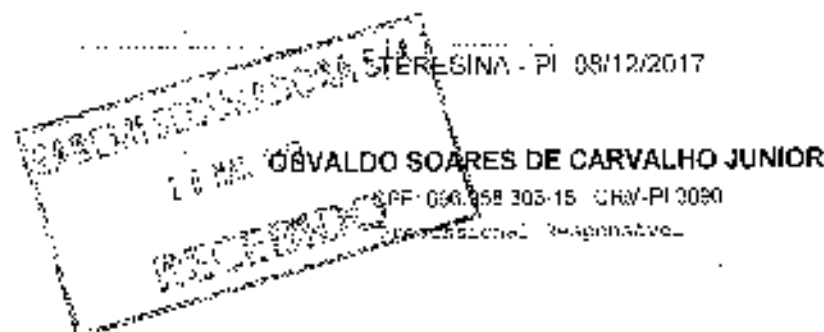
T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizadas cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base e convexidade do crânio no plano "canto mento".

## RELATÓRIO:

- SUBSTÂNCIA CEREJEAL DIFUSA.
- PARENQUIMA CEREJEAL E CEREJEAL COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE CORÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

LUAO ANTONIO:



16



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINDEU ARAUJO

Rua Marechal Deodoro, 152 - St. Centro - CEP: 56.3220-3040

TERESINA-PI CEP: 04000-000 CNPJ: 15.512.517/0016-55

## LAUDO MÉDICO

Nome: **ANTONIO JOSE AMORIM SILVA** (Prontuário: 372928)  
Endereço: RUA FORTALEZA 1000 VILA FRANÇA - CENTRO - BARRAS - PI CEP: -  
Idade: 10/08/1986 Idade: 21a:4m:1d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Alendimento: 0  
Número: 103704 Solicitação: 27/12/2017 Solicitante: YURI  
Valor: 122650 Convênio: S U S

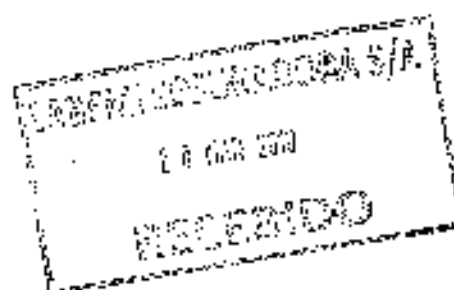
### RELATÓRIO:

S A: 0204060:33

Data Exame: 27/12/2017

### JOELHO DIREITO

- Estrutura óssea íntegra.
- Espelhos articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.



CA 880

TERESINA - PI 11/01/2018

*Handwritten signature*

**ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA REGO**

CRM-3576

Profissional Responsável



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO JOSÉ AMORIM SILVA** (Prontuário: 372928)  
Endereço: RUA FORTALEZA 1000 VILA FRANÇA - CENTRO - BARRAS - PÍGER:  
Assinatura: 1008/1998 Data: 21/12/17 Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0  
Requisição: 103702 Solicitação: 27/12/2017 Solicitante: VJRI  
Controlar: 122848 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

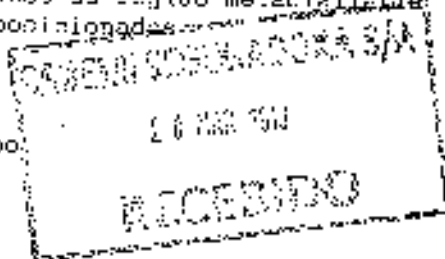
C.C.I. SIA: 0204060087

Data Exame: 27/12/2017

### TORNOZELO DIREITO

Controle evolutivo pós-operatório do osteossintese da região metatarsiana distal da tibia com materiais de fixação ortopedicas.

- Fratura desenhada na diáfise da tíbia.
- Aparente fratura no aspecto superior do calcâneo.



TERESINA - PI 11/01/2018

ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA REGO

CRM-3878

Profissional Responsável





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Pinto, 152 - Sítio Centro - Fone: 36 3321-3040

TERESINA-PI CEP: 64033-900 CNPJ: 08.522.917/0016-56

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO JOSE AMORIM SILVA** (Prontuário: 372928)  
Endereço: RUA FORTALEZA 1050 VILA FRANÇA - CENTRO - BARRAS - PI CEP: -  
Assimilado: 10/06/1998 Idade: 21a:4m:1d Sexo: Masculino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: D  
Solicitação: 103702 Solicitação: 27/12/2017 Solicitante: YURI  
Controle: 122940 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

cc. SIA: 0204060095

Data Exame: 27/12/2017

### BACIA UMA INCIDÊNCIA

- Controlo e exame clínico pós-operatório da artroscopia do acetábulo e cabeça femoral com materiais de fixação normoposicionados.



PARTE:

TERESINA-PI 11/01/2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - CAAO DE DHUS MARITIMUS

*Antonio José Amorim Silva*

CARTeira de IDENTIFICAÇÃO

1984-08-14 15:18

10/12/13

PROCEDO

VÍDUA SÉRGIO DREHITOPPO NACIONAL

REGISTRO 4.110.471 DATA DE EMISSÃO 03/09/14

NOME ANTONIO JOSÉ AMORIM SILVA

ENDEREÇO RAIMUNDA NONATA DA SILVA  
JULIAR AMORIM SILVA

CIDADE DE NASCIMENTO N. SENHORA DOS REMÉDIOS-PI 10/09/1996

DIG. DE IDENT. CERT. NASC. 10942 L. B. A. E. 161

EXP. N. SENHORA DOS REMÉDIOS-PI 14/04/97

LEI Nº 116 DE 2008 - DECRETO Nº 85081

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE CRUS MARTINS

0478253

*Nelle Roze Soares Marques*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

PROVA DE RESIDÊNCIA

10 MAR 2011

ENCERREDO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.139.267 DATA DE EMISSÃO 23/09/74

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

PAIS DO NASCIMENTO CIGARA MARQUES JOICUNDE

ANTERIORIDADE ANTONIO SOARES JOICUNDE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE DOG. ORDEM

CERT. NASC. 529 L. 10/F. 141

46XP CRATEUS-CE 25/09/78

TERMINA-PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DETECTOR

LEI Nº 7.115 DE 28/08/73 - DECRETO Nº 25003

# CENTRAN

01137016-1000-01

CNPJ: 09.248.608/0001-64  
www.brasil.org.br/call667.com.br

## 9606-7Hf

2000

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Sinistro: **3180127791**  
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO JOSE AMORIM SILVA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SEIS nº 5029 - SATÉLITE - TERESINA/PI**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4110471 - SSP**  
Data e local do acidente: **08/12/2017 TERESINA/PI**  
Data e local do exame: **27/03/2018 TERESINA/PI**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE ACETABULO DIREITO E FRATURA DE TERCO MEDIO DISTAL DE PERNA DIREITA.**

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

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACAS E PARAFUSOS NO ACETABULO DIREITO E NA PERNA DIREITA. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.**

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

**MEMBRO INFERIOR DIREITO COM HIPOTROFIA IMPORTANTE DE QUADRICEPS A DIREITA, BLOQUEIO DA ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, AUMENTO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE PERNA DIREITA E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO E DO TORNOZELO A DIREITA COM REPERCUSSÃO IMPORTANTE NA MARCHA.**

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

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

**DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

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

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ**

  
Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad  
Médico  
CRM 52595-7/RJ

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exceto para pessoas com deficiência auditiva).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da Vítima: 077.555.373-58 Nome completo da vítima: Antônio José Amorim Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: Antônio José Amorim Silva CPF titular da conta: 077.555.373-58 Profissão: Servico Gen  
Estrada: Rua São Número: 5029 Complemento: Casa  
Bairro: Satélite Cidade: Terreiros Estado: RS CEP: 91050-120  
Fone: \_\_\_\_\_ Telefone (DDD): (51) 3303-4104

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova, a residência conjunta no endereço informado. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RENDIMENTO MENSAL: ☐ SEM RENDA  
☐ R\$ 0,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.000,00 A R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.000,00 A R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ CAC (1341)  
☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 88340 CV: 8  
(informar dígito de controle)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ CV: \_\_\_\_\_  
(informar dígito de controle)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Terreiros, 16 de Fevereiro de 2018  
Local e Data

Antônio José Amorim Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000458/2018-64

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRISÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 30/01/2018 - 16:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRISÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ZEQUINHA FREIRE, Nº

Complemento

Bairro

PALMATO URUGUAI

Ponto de Referência

Data/Hora

05/02/2017 - 04:30

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO JOSÉ AMORIM SILVA (21 ANOS)

RG: 41.0471 SSP PI

Mãe: RAIMUNDA KONATA DA SILVA

Endereço: RUA FRANCISCO BRITO DE SOUSA, Nº 5029

Bairro: SATELITE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

0011034

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

15720000000000000000

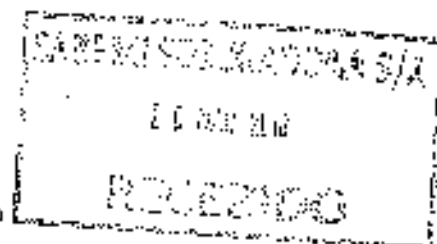
RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA CG 125 FAN KS, COR PRETA, PLACA QUC-7818-PI, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO RONALDO NUNES EVANGELISTA, QUANDO COLIDIU COM UMA SUJATA PARADA; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HUI (PRONTUÁRIO 07769). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTIMA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francieleide Lima Cordeiro  
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945329  
AGENTE DE POLÍCIA

Antonio José Amorim Silva  
ANTONIO JOSÉ AMORIM SILVA (21 ANOS) - Noticiante  
Responsável pela info. notícia

Delegado de Polícia





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saida da PA	05 Chegada ao local
	06 Saida do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saida do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF		Código BGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				14 Nome
	15 Sexo				16 Idade
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?				18 Tipo de ocorrência
	19 Vítima				20 Meio de locomoção
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida				22 Equipamentos de segurança
	23 Glasgow =				24 Sinais Vitais
Exame Físico	25 Local da lesão				26 Pupila
	27 Pulso Radial				28 Sangramento
Assistência	29 Fratura				30 Procedimentos realizados
	31 Hospital de Destino				32 Condições de entrada
Hospital de Destino	33 Óbito				34 Observações Interdisciplinares
	35 Responsável pela recepção				36 Socorristas

21 anos, motociclista, vítima de acidente com bicicleta parante, apresenta deformidade + edema em perna direita + lesão com contusão em vasto cabellado.

CONFECIONADO ORIGINAL

Marília Viana Contreiras

Carolina Adami

Responsável pela recepção: *[assinatura]*

Socorristas: *[assinatura]*

Enfermeira: *[assinatura]*

Contador: *[assinatura]*