

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: 00000088340-8

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 ADUCAO 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 médica 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 URGENCIA
de TEPIC

ESTADO: SANTA CATARINA, S/A.
LEIA 03
RECORRIDO

NOME DO PACIENTE: Juliana Pires Marinho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 63-400

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.

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO JOSE AMORIM SILVA		Protocolo: 674D9
Mae: ADENICE SOARES DA SILVA	Pai: ANTONIO AMORIM SILVA	
End. resid.: Rua Doutor Amaro - Bairro: Jardim 06 1225 4812		
Nascimento: 20/08/1956	Idade: 61m:06:284	Sexo: Masculino
Responsável: ANTONIO JOSE AMORIM SILVA	CNS: 102603706985446	Fone: 061-...
Profissão: ESTUDANTE	Documento: CPF:	
S. Instrução: Não Informado	R. Civil: Solteiro	
End. Local.: ...		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 640518	Data: 08/12/2017 05:32:44	Clas. Cor: Indefinido
Motive da Procura: VÍCIMAS DE TRÂNSITO VITIMAS EM ACIDENTE MOTOCICLETA		Convenção: T-4

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1/0001 00:00:00 ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 31/12/1906 23:41:23 CP

1-5. Turnover: Ponto de vista
C-5. Causa: Se envenenado por Dura Crotalina. Cura
CD: 1-10 dias de duração

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/1/0001 00:00:00 ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: OXTO OXTO

Oxto feito de Rato e de frango
Anadolu Rato e de frango

DADOS DO PARECER: Data/Hora:

06/12/2017 05:32:44

Al. vendo cima de frango

Schriften

ESTABLISHED IN 1848. THE SOCIETY IS ONE OF THE OLDEST IN THE STATE.

ENR. CUMP. 10701
SOLAMENTO 11 265

31h 5 [55542] A



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA / / /

NAME OF PATIENT

Antonio José de Espinosa

PPR 1997 N

2140097100

CIRURGIA: W. Colleman M.D. B.S.

ANESTHESIA

Nº DA SALA: 1º Ano - 3º B ANO: 1999 TURMA: 1º Ano - 3º B

2021 RELEASE UNDER E.O. 14176

CPF Nº: 31.000.000-00

1000-1012

CFE N°:

KODAK SAFETY FILM

CEP N°:

INSTRUMENTADORES 100

MATERIAL DE CONSUMO			
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03	LÂMINA DE BISTURI
AGULHA 30X8	UNID.	03	LUVA N° 100
AGULHA 40X12	UNID.	03	LUVA N° 04-02-5
AGULHA RAQUE	UNID.	01	LUVA DE PROCEDIMENTO
ALCOOL 70%	ML	50	PVP DE GERMANTE
ALGOUDÃO	BOLE	02	PVP TORGO
ÁGUA OXIGENADA	ML	—	PVP TINTURA
COMPRESSA	PAC.	03	SERINGA 1000
EQUIPO MACRO-GOIA	UNID.	01	SERINGA 1000
ESPARADRAPO	CM	50	SERINGA 80
ESCALPE N°	UNID.	—	SERINGA 800
FORMOL	ML	—	SÓRIO FISIOLÓGICO
OASIS	PAC.	05	SONDA URETRAL
JEI DO N°	UNID.	01	Creolina 200c
FIOS	UNID.	QUANT.	OCORRÊNCIA
CAT. GUT. SIMPLES C/AG			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG			
CAT. GUT. CROMADO S/AG			
ALCOFIL			
MONONYLON	30	1000	
ITA UMBILICAL			ENFERMARIA:
VICRYL	4,0	1000	CIRCULANTE
PROLTNE			Colomas
			63.142
			000-000



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETO DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO
DATA 14/12/2011NOME DO PACIENTE: Antônio José Amorim

PRONTUÁRIO N°:

DIAGNÓSTICO: TUMOR RETINICO (D)CIRURGIA: Retinotomia

ANESTESIA:

Lar-Sc Frontiers

CIRURGIA: Lar-Sc

RETINOTOMIA E ORTOPEDIA

AUXILIAR: Jamerson

CPM 1182950 580110305

ANESTESIA: Raquel

CPF N°:

INSTRUMENTADORA: Elizabete

CPF N°:

CPF N°:

CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 315	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA N° 310	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	03		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		ALCOOL DEGERMANTE	ML	100	
ALGORÃO	BOLA			PPPI TÓRICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PPPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-SOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 500	UNID.		
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 300	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	03		DRENAGEM	UNID.	01	
JELOO N°	UNID.			SEPARADOR 4.8	UNID.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	Algodão de enxoval	UNID.	02	

CAT. GUT. SIMPLES C/AG	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				
CAT. GUT. CROMADO C/AG				
CAT. GUT. CROMADO S/AG				
ALCOHOL				
MONONYLON 2-0	UNID.	03		
H/IA UMBILICAL				
WICRY 1...	UNID.	03		
PROLINE				
				ENFERMARIA:
				CIRCUITANTE: <u>Guilherme</u>



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente

Diagnóstico pre-operatório: Tumor de Krukenberg - Exagerado D+ En. Endócrina (estromal)

Operação - Tipo (jul/2009) 1) Processo quebra 1) Reunião de trabalho nos gabinetes para o

Digitized by Google

1^o Semester

Observations on the life of

2. Assistant

3^o Assister le

... descriptivo(s)

Anesthesia

Anesthesia

Preslesko(a)

— 5 — da Operação

110

1-100

1. Diagnóstico (pós-operatório)

Relatório Imediato do Patologista

Appendix: Descrição da Operação

Mr. Four

ESPECIFICAÇÃO DA OPERAÇÃO

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

1. 1st on Mr. Ad Baptista
2. Stradpigo = Proprietary Leather
3. Call de horses 7 horses count or 10; 9; 7 or October 18
4. Food not gold
5. Rebels never attack or fire it + battle + face
6. as pic ACP attack 4; 5 - prop order
7. feel resistance of bullets at guts 9 and for water
8. variable of bullets + water dry face long
9. transfus or water or transfusion is water 22 trapped
10. danger

FOLHA DE ANESTESIA





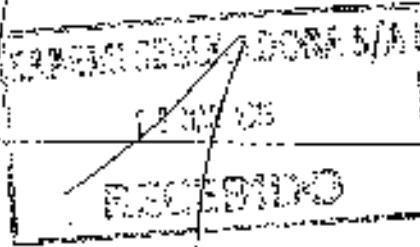
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente	Antônio José Souza		
Diagnóstico pré-operatório	M.T. / HCT 320 g		
Operação - Tipo	RS / Bao. Tse Frontiers		
Clínico	Dr. Francisco de L. Junior Assistente: Dr. Aldo José da Silva Assistente: Dr. José L. Souza		
2º Assistente	Dr. Aldo José da Silva Assistente: Dr. José L. Souza		
Instrumentador(a)	Instrumentador(a)	Anestesiista	Anestesia
Cláudia Souza	Dr. Aldo José da Silva	Dr. Aldo José da Silva	Gaspar
Anestésico(a)	Medicamento: Anestesia: Gaspar		
Data da Operação	14/12/2012	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Existe um dente de raiz remanescente
- ② No processo suspenso colocado de cima para baixo
- ③ Circunferência lateral ± 15 cm
- ④ Dural não por planos
- ⑤ Reduções anatômicas + Osteosíntese com parafuso L3/L4a (dola) + Parafuso
- ⑥ Lavagem e histerina

Dr. Francisco de L. Junior
Centro Cirúrgico
HUT / HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
CNPJ 12.331.560/0001-16

Dr. Francisco de L. Junior
Centro Cirúrgico
HUT / HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
CNPJ 12.331.560/0001-16

76 HUT

FOLHA DE ANESTESIA

487

NOME DO PACIENTE:		UNIDADE RESPIRATÓRIA		Nº DE REGISTRO	
DATA	SÓ PATERIAL	HUMO	HUMIDIFICAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	OR SANGUÍNEO	HORATIMETRIA	HESICOLOBEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATORIO					
SISTEMA RESPIRATORIO					
SISTEMA DIGESTIVO					
ESTADO MENTAL					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES FÔSSEIS)					
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÉNIO		ELETROCARDIOGRAMA	
LÍQUIDOS		SO LÍQUIDO	500	SISTEMA URINÁRIO	
		600	400	CORTICOIDES	
		700	300	ATARÁCIDOS	
		OUTROS	100	OUTROS	
				FÍSICOS	
				AFILICIONAIS	
				EFUSÕES	
TOTAL DE DOSES					
TEMPERATURA					
P. ARTERIAL					
C. FUSO					
INÍCIO E FIM ANESTESIA					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					
RESPIRAÇÃO					
SÍMBOLOS					
TECNICAS					
OPERAÇÕES					
CIRURGIOS					
ANESTESISTAS					
PARTICULARIDADES					
INCIDÊNCIA-ACIDENTE					
DURAÇÃO					
CIRCUNSTÂNCIAS PÓR-OPERATÓRIO					
MEDICAÇÕES					



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Av. Dr. Otto Lobo 1622 - Edifício - Fone: 66.3229.1672
TERESINA-PI CEP: 64007-720 - CNPJ: 06.362.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO JOSE AMORIM SILVA** (Prontuário: 674091)
Endereço: NAO INFORMADO - MUNIC. DE TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 10/09/1995 - Idade: 21a.3m.28d Sexo: Masculino - Origem: URGÊNCIA/EMERG - Atendimento: 040518
Residência: 796575 - Solictação: 09/12/2017 - Solicitante: FABIO MARCOS DF SOUSA
Controle: 097693 - Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010074

Data Exame: 08/12/2017

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

ESQUEMA CERREAIS DIFUSO.
VARENQUIMA CEREBRAL E CERESELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- ABSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- ABSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATHOLÓGICAS.

.../.../.../.../...

TERESINA - PI 08/12/2017

ÓGVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 066.658.303-15 - CRV-PI 3090

Assinatura: .../.../...

.../.../...

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO JOSE AMORIM SILVA** (Prontuário: 372928)
Endereço: **RUA FORTALEZA 1000 VILA FRANÇA - CENTRO - BARRAS - PI CEP: 66.022-000**
Nascimento: **10/08/1986** Idade: **21a:4m:1d** Sexo: **Masculino** Origem: **CUTRA UNIDADE** Aleitamento: **0**
Número: **133734** Sollicitação: **27/12/2017** Solicitante: **YURI**
Número: **122650** Convenio: **SUS**

RELATÓRIO:

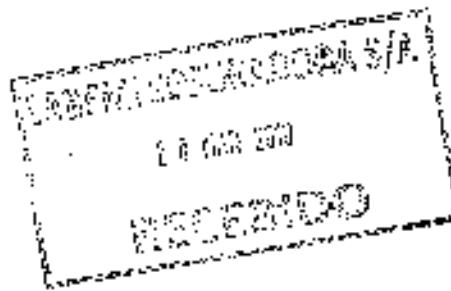
C.A: 0204060133

Data Exame: 27/12/2017

JOELHO DIREITO

Exame feito de forma integral.

- Registros articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.



TERESINA - PI 11/03/2018



ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA REGO

CRM-3676

Especialista Responsável

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO JOSE AMORIM SILVA** (Prontuário: 372928)
Endereço: **RUA FORTALEZA 1000 VILA FRANÇA - CENTRO - BARRAS - PI CEP:**
Nascimento: **10/09/1988** /data: **21:45:11** Sexo: **Masculino** Orgem: **OUVRA UNIDADE** Atendimento: **0**
Recidiva: **103702** Solicitação: **27/12/2017** Solicitante: **YURI**
Contato: **122846** Convenio: **SUS**

RELATÓRIO:

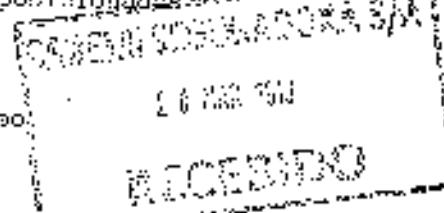
001. SIA: 0204000087

Data Exame: 27/12/2017

TORNOZELO DIREITO

Controle evolutivo pós-operatório de osteosíntese da região metacarofalangea distal da fibula com materiais de fixação ceramopostiços.

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



TERESINA - PI 10/01/2018

2018

ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA REGO

CRM-3878

Profissional Responsável

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO JOSÉ AMORIM SILVA** (Prontuário: 372928)
Endereço: **RUA FORTALEZA 1030 VILA FRANÇA - CENTRO - BAHIA - PI CEP: 64000-000**
Nascimento: **10/05/1996** Idade: **21a:4m:1d** Sexo: **Masculino** Origem: **OUTRA UNIDADE** Atendimento: **0**
Equipe: **123702** Solicitação: **27/12/2017** Solicitante: **YURI**
Controle: **122946** Convênio: **8 U.S.**

RELATÓRIO:

cc. SIA: 0204060095

Data Exame: 27/12/2017

BACIA UMA INCIDÊNCIA

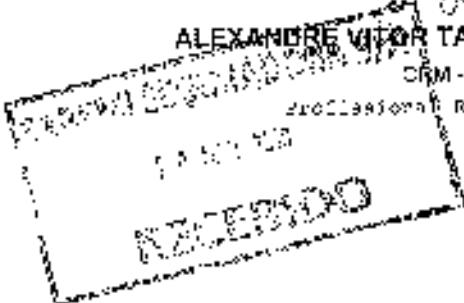
- Contato e exame visual pós-operatório da bainha/mais do acetabular e cabeça femoral com materiais de fixação normoposicionados.

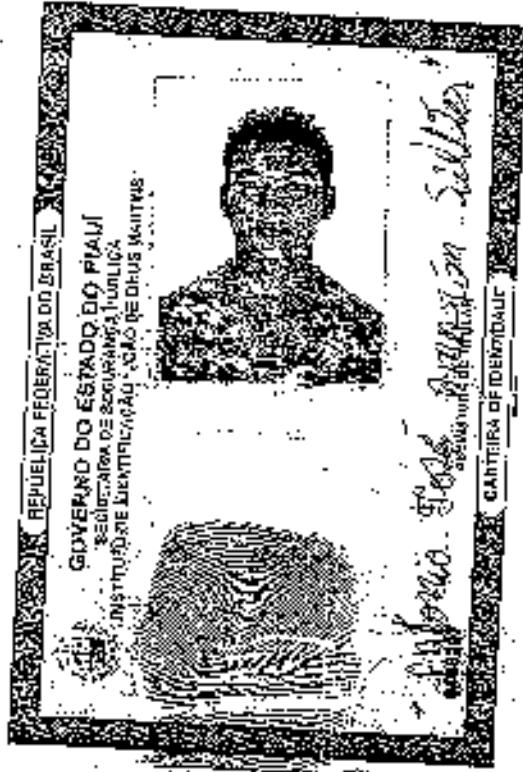
TERESINA - PI 11/01/2018

ALEXANDRE VÍTOR TAPETY E SILVA REGO

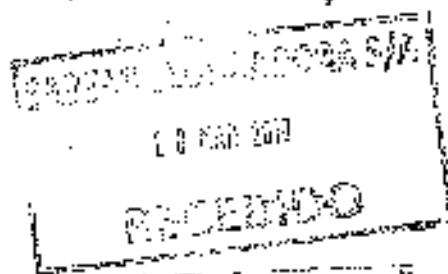
CRM-3676

Profissional Responsável





1980-0001-0000-811



VALOR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 4.139.267 DATA DE EMISSÃO 23/09/14

NAME NELLE ROZÉ SOARES MARQUES

SEXO F

CICERA MARQUES SOARES MARQUES

ANTÔNIO SOARES SOARES MARQUES

DATA DE NASCIMENTO 22/03/1971

CRATEUS-CE

DOC. PRISMA

CERT. NASC. 529 1.807 F 141

46KP CRATEUS-CE 25/09/78

TEREINA-PI

840.173.173-91

LEI N° 7.115 DE 29/06/83 - DECRETO N° 250000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
— MINISTÉRIO DAS CIDADES —

ALGUNO DEDICADO A UNA CLASE DE COLEGIO, CON UNA COPIA DE UN LIBRO DE FÍSICA Y MATEMÁTICA, Y UNA LIBRERÍA TERRESTRE, PUDE SER UNA GRAN AYUDA PARA EL ESTUDIO.

PI N°: 012823324711	BILHETE DE SEGURO DPVAT	
85429503304	QCD-7816	2017
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.dpvatsegurodetranstc.com.br SAC DPVAT 1800 022 1204</p>		
<div style="text-align: center;">   </div>		2017 - 0671689

85129503304		GUC-7816	
FECHA	00540286990	MSCA/NCB-21	HONDA CG 125 PAN RS
2012	01-08	902004110DR107543	
PREMIO TARIFARIO			
081,28	00920000	0000000000	0000000000
0004,45	000-0000	183,50	0000000000
PRESUPUESTO		08/05/2017	

SEGURAPORTALIDES - DEPAT

CNPJ.09.248.608/0001-04

2016

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 ADUCAÇÃO 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:

DEFÍCIT 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.**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

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



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 0771204 ou 0800 221206 (excluiem 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). Apesar o Representante Legal deverá assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja avistado 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").

Número do Sinistro na ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

033.555.373-58 | Antônio José Arroxim Silveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Número completo

Antônio José Arroxim Silveira | CPF/titular da conta | Profissão

Endereço

Rua: S. 23

Número

5025

Profissão

Serviços Gerais

Nome:

Antônio

Endereço

Centro

Endereço

Casa

Nome:

Antônio



10/10/2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000458/2018-64

Unidade de Registro: DELEGACIA DE RCPRI/SSP/PI/SSA/PI/CRIMES DE TRÂNSITO
Resp. pelo Registro: Francileusa Lima Cordeiro

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE RCPRI/SSA/PI/CRIMES DE TRÂNSITO

05/02/2018 - 04:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Municipio

TERESINA

PLANALTO URUGUAI

Endereço

AV. ZEQUINHA FREIRE, N°

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

Nome: ANTONIO JOSÉ AMORIM SILVA (21 ANOS)

RG: 4110171 SSP/PI

Nome: RAIMUNDA KONATA DA SILVA

Endereço: RUA FRANCISCO BRITO DE SOUSA, N° 5029

Bairro: SATELITE

Cidade: TERESINA

OCORRÊNCIA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

1/5 VIOLENCIA DE VIOLENCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACLITADO 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 SUCATA PARADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO HU (PRONTUARIO 07/09). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTIMA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileusa Lima Cordeiro - Mat. 1045629
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO JOSÉ AMORIM SILVA (21 ANOS) - Noticiante
Responsável pela info. meação

Delegado de Polícia

RECORRÊNCIA

Detalhes do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local	
	102	08/12/2017	0000000000000000	443	443	
Local de Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
	515	530				
Dados do Paciente	10 Endereço	Av. Lepreiro Freire				
	11 Bairro					
	13 Ponto de referência	Com. Conflito Pd. Univas				
	14 Nome	Antônio José Aurora Silva				
	16 Idade	2-Dia 3-Mês 4-Ano 5-Ignorado	Seidade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica?	1-Sim 2-Não 3-Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	RUT				
	01 - Acidente de transporte	00 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros		
	02 - Agressão física-espioncamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica			
	03 - Agressão física-FAP	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	17 - JÁ removido		
	04 - Agressão física-FAB	09 - Quimadura	14 - Transferência	18 - Falso chamado		
	05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares			
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Modo de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança		
	1 - Pediatria 2 - Coludutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacetes <input checked="" type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Exame Físico	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL				
	ABERTURA OCULAR	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	1 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 3 - Nenhum	RESPOSTA MOTORA		
	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		4 - Movimento de extirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	6 - Obedece a comandos 5 - Cansa dor 4 - Movimento de extirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		
	26 Pupilas	1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pupilas	28 Sopro	24 Sinais Vitais	
	Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/>	1 - Chico 2 - Fino 3 - Ausente	2 - Dur	ESCALA DE DOR DE 0 A 10	Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Resp. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TAX. <input type="checkbox"/> Satur. <input type="checkbox"/>	
	29 Sangramento	1 - Sim 2 - Não	30 Fratura	1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 2 - Suspeito <input type="checkbox"/>	25 Local da lesão	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)					
	1 - Aspiração <input type="checkbox"/> 2 - Oxiôxido <input type="checkbox"/> 3 - Curativos <input type="checkbox"/>	1 - Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> 2 - Colar cervical <input type="checkbox"/> 3 - Krad <input type="checkbox"/>	1 - Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> 2 - Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> 3 - Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	4 - Glicemia <input type="checkbox"/> 5 - Accesso venoso <input type="checkbox"/> 6 - Medicamentos <input type="checkbox"/>	7 -	
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino					
	33 Condicoes de entrada	34 Óbito	1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/>	Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>	Não Removido <input type="checkbox"/>	
Quaerônios Interdisciplinares	31 anos, motociclista, vítima de caiadas sem escudo parcial, apresenta deformidade e edema em perna direita, t. lesão corto contuso em rosto coberto.					CONFECÇÃO ORIGINAL Marília Batista Góes Carolina Andrade, 2011
	1 - Socorristas <input type="checkbox"/> 2 - Médico <input type="checkbox"/> 3 - AETE <input type="checkbox"/>	1 - Socorristas <input type="checkbox"/> 2 - Médico <input type="checkbox"/> 3 - AETE <input type="checkbox"/>	1 - Enfermeiro <input type="checkbox"/> 2 - Condutor <input type="checkbox"/>			
	Responsável pela recepção					