

# 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: 18/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: WASHINGTON LUIS LOPES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 00000060043-0

---

Nr. da Autenticação 67C3ED33BC745BF6

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180565883      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WASHINGTON LUIS LOPES DA SILVA      **Data do acidente:** 23/08/2018      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO E URNA DIREITO. TRAUMATISMO CRANIANO.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE DEFORMIDADE COM ROTAÇÃO LATERAL DO ANTEBRAÇO DIREITO, DESVIO LATERAL DA MÃO DIREITA, CONGELAMENTO DO PUNHO E HIPOTROFIA MUSCULAR NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. NÃO SE OBSERVA DÉFICIT NEUROLÓGICO CENTRAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro superior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Ismar Aguiar Marques Filho

**CRM do médico:** 3165

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

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

## PRESTADOR

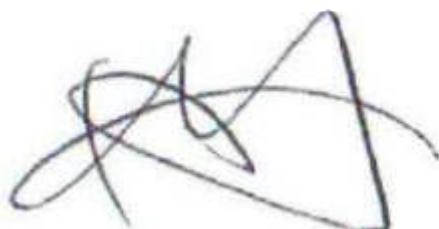
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



**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.**

Número do Sinistro: **3180565883**

Nome do(a) Examinado(a): **WASHINGTON LUIS LOPES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Atleta Zé Barros, 5103 - Novo Horizonte - Teresina - PI - CEP 64079-165**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **639216**

Data e local do acidente: [ **23/08/2018** ]

**AV JOSÉ FRANCISCO DE ALMEIDA NETO DIRCEU ARCOVERDE TERESINA PI**

Data e local do exame: [ **13/12/2018** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO E ULNA DIREITO. TRAUMATISMO CRANIANO.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE DEFORMIDADE COM ROTAÇÃO LATERAL DO ANTEBRAÇO DIREITO, DESVIO LATERAL DA MÃO DIREITA, CONGELAMENTO DO PUNHO E HIPOTROFIA MUSCULAR NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. NÃO SE OBSERVA DÉFICIT NEUROLÓGICO CENTRAL.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM NOVEMBRO DE 2018.**

**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 FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR 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"

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 (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR DIREITO**

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

Região Corporal (Sequela):

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

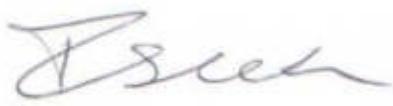
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Regina Celia Lopes da Silva Lima,  
RG nº 821 305, data de expedição 10/12/08,  
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 352 922 533 91, com  
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA HONORIO SILVA, nº Q004 C 09  
complemento RENASCENÇA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima +WASHINGTON LUIS LOPEZ, da cuja o condutor era  
PAULO FERNANDES ROCHA.

Veículo: MOTOCICLO  
Modelo: YAMAHA / FACTOR YBR 125 K

Ano: 2008 2009

Placa: NHY - 6809

Chassi: 9C6KE122090005992

Data do Acidente: 23/08/2018

Local e Data: AVENIDA ANSELMO DIAS 23/08/2018

Regina Celia Lopes da Silva Lima  
Assinatura do Declarante

Paulo Fernandes Rocha

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





NOME DO PACIENTE: Washington Luis hópes da S  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 486079



**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".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

AVOCADO - Mexicana  
crujia y

**BOLETIM DE ENTRADA = BE**

Imp: 22/08/2019 20:12:16

**DADOS DO PACIENTE:**

1997-02035  
(Established 1997)

Nome: <b>WASHINGTON LUIS LOPES DA SILVA</b>		Frontuário: <b>486079</b>
Mãe: <b>FRANCISCA LOPES DE SOUSA SILVA</b>		Pai:
End. Resid.: <b>QD 229 CS 12 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>		
<u>Nascimento:</u>	<b>23/11/1964</b>	<u>Idade:</u> <b>53a9m0d</b>
<u>Responsável:</u>	<b>O MESMO</b>	
<u>Profissão:</u>	<b>PINTOR</b>	
<u>G. Instrução:</u>	<b>Não informado</b>	
<u>End. Local.:</u>	<b>- - -</b>	
Estado: <b>PI</b> Cidade: <b>TERESINA</b>		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 680634 Data: 23/08/2018 08:38:45 Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU  
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) Convênio: S 13  
Acid. Trab.: Sim Acid. Trajeto: Sim Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: V13

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<u>Sinal/Sintoma:</u> QUEDAS	<u>Evento Principal:</u> Mecanismo de trauma significativo	<u>Destino:</u> CIRURGIÃO GERAL	<u>Classificação:</u> Laranja
<u>Breve História:</u> PACIENTE VEIO ATRAVES DO SAMU COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOTO CLISÃO COM CAMINHONETE, APRESENTANDO PROVAVEL FRATURA EM MSD, COM ESCORIACOES EM FACE, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. NEGA COMORBIDADES		Professional Clas. Risco:   LORENA MARQUES MACEDO 23/08/18 Fone: 22-2001-1010 - 22-2001-1011	
		DATA <u>23/08/2018</u>	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: : )

Técnico: Y. A. M. S. S.

~~1980~~

Professional Clas. Risco:

84

14

LORENA MAGALHÃES MACEDO

421123

DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ ) Técnico: Flávio

Paciente Traído Pelo Sosu, Veterinário de origem automobilístico Hf 2h. (MOTO-CROSS). Encontrava-se com consciência. Paciente não sentia a consciência. Nenhum cefálico, mictórico e urinário. A e B: Colar cervical e pulso. Vias aéreas: Pausas; C: Ausculta de tórax e abdômen extromis D: VIBRAS latentes. Gliscom 15. E: Glareoloscópico arteficial (cor) Sanguíneo. Peso: 200g. Altura: 183cm. Sexo: -.

**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

Se Interrogado, Indique o Procedimento e CIC



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

Imp: 22/08/2018 08:43:30  
(CORRER)

**DADOS DO PACIENTE:**

<u>Nome:</u> WASHINGTON LUIS LOPES DA SILVA		<u>Prontuário:</u> 486079
<u>Mãe:</u> FRANCISCA LOPES DE SOUSA SILVA	<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u> QD 229 CS 12 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 23/11/1964	<u>Idade:</u> 53a9m0d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-98263-230
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CMS:</u> 898002318405877
<u>Profissão:</u> PINTOR		<u>Documento:</u> CPF: 428.737.113-53
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Comcubinato
<u>End. Local.:</u> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 680634	<u>Data:</u> 23/08/2018 08:38:45	<u>Clas Cor:</u> Laranja
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

Data/Hora Solicitação: 23/08/18 10:27C ESPECIALISTA: *ortopedia*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *politraumatismo: TCE + fratura exposta de radio/ulna (D) ; Retornar pr/ ortopedia pos /liberação formal da neurocirurgia e cirurgia geral*

*João Bocaldo Rego  
Ortopedia  
084831445487*

*Carimbo/Assinatura Prof. Parecer*

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/18:11:02:02

*ICE*  
*TC: NMR NCA*

*A OLEO*

*Carimbo/Assinatura Prof. Parecer*

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

Data/Hora Solicitação: 23/08/2018 11:02 ESPECIALISTA: *cirurgia GRC*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Abdome indolor, USG de abdome sem alterações, eugenico, consciente, AP = normal.*

*Cd: Atc de limpeza geral*

*Dr. José Inácio de Souza*

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/18:11:02:02

*DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DUVAT  
CONTEDOR NAO VERIFICADO*

*30 NOV 2010*

*GENTE SEGUROADORA S.A.  
Rua Coelho de Barros, 455 Log. C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
TELEFONE: 65-3252-5722*

*Carimbo/Assinatura Solicitante*

### AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: WILSON LIMA COES 005 Prontuário: 4860798 Data: 23/01/19  
 Sexo:  Masculino  Feminino Idade: 53 Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Procedimento(s) proposto(s): FRACTURA DE RIBA 9 E 10 Apto?  Sim  Não

\* UNCONSCIOUS

#### ANAMNESE

1 - Patologias cardiológicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
4 - Convulsões	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
8 - Alergia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <u>NIMESULP</u>
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não

CF > 4 min

CIN NO RUMO ENTREMENTE

ETILISMO SOCIAL

#### EXAME FÍSICO

PA: <u>140/100</u>	P脉: <u>73</u> ( <input type="checkbox"/> arritmico)	Mallampati: <u>(1) (2) (3) (4)</u>
1. Respiratório	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:
2. Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:
3. Neurológico	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:
4. Abdome	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD	
6. Extremidades	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:

#### EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia		
HT	TTPa	Creatinina		
Plaquetas	Glicemia			
ECG:		RX Tórax		
ECO:				

ASA: 1 Anestesia proposta:  Geral  Outro: BLOQUEIO NERVOSENO BANDEJAS

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

CRM:



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

**Fundação Municipal de Saúde**

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23/08/18

NOME DO PACIENTE:	<u>Washington Luis Ribeiro da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>486079</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	Nº DA SALA:		
CIRURGÃO <u>Dra. Aylene</u>	CPF Nº:		
AUXILIAR:	CPF Nº:		
ANESTESIA: <u>Dra.</u>	CPF Nº:		
INSTRUMENTADORA: <u>Augusta</u>	CPF Nº:		

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>03</u>		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	<u>04</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>—</u>		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>—</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>—</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>—</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>—</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>—</u>	
FORMOL	ML	<u>—</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>03</u>	
GASES <u>5.0</u>	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	<u>—</u>		<u>Életrodos</u>	UNID.	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Escovas</u>	UNID.	<u>03</u>	
CAT. GUT SIMPLES S/AG.				<u>Crepom</u>	UNID.	<u>03</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>		<u>und</u>	<u>01</u>				
<del>Mononylon 3.0</del>		<u>und</u>	<u>01</u>				
VICRYL <u>0</u>		<u>und</u>	<u>01</u>				
PROLENE				CIRCULANTE			



ENFERMARIA

CIRCULANTE Deumor



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Washington Luis Soares dos Santos

Diagnóstico p/é-operatório

Fratura de antebraço (oposta/pentofixa)

Operação - Tipo

Ortopédica

Cirurgião

Ayrana

1º Assistente

Jacarow

2º Assistente

3º Assistente

Instrumento(s) da(s)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

23.08.18

Inicio

Fim

Diagnóstico Pos-operatório

Operatório de pt. antebraço

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Paciente em ORN sob anest.

2) Anatomia

3) Lopo

4) Dente oval

5) Reduzir extre

6) profun

7) Fissura p/fora-medial / Reduzir / Fissur

8) Sutura

9) Cerrada

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DAVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coimbra de Barros, 485 Lote 9 C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Terezina-PI

Ayrana Soares Aires  
Ortopedia e Traumatologia  
ESPECIALIZADA NA COLUNA VERTERAL  
CEP: 64.001-9546, TECF 13457  
TÉL: 3746-9546 CRM-MA 3546 TEU 12487

Dra. Ayrana Soares Aires  
Ortopedia e Traumatologia  
ESPECIALIZADA NA COLUNA VERTERAL  
CEP: 64.001-9546 CRM-MA 3546 TEU 12487



Fundação Municipal de Saúde

# PRESCRIÇÃO MÉDICA



HOSPITAL  
DE FERREIRAS

NOME DO PACIENTE <i>Waldyr Júnior da Silva</i>		PRONTUÁRIO <b>466079</b>	D. NASCIMENTO <b>23/07/1979</b>	C. CLÍNICA	ENF. ou APF <b>23541 (Sx) 4</b>	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALÉRGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE		
PREScriÇÃO MÉDICA DATA: / / HORA: :		HORARIO		OBSERVAÇÕES		
<p>1. Dieta oral livre</p> <p>2. Scalp heparinizado</p> <p>3. Ranitidina 50mg + AD EV 12/12H</p> <p>4. Dipirona 1G + AD EV 6/6H</p> <p>5. Tilitil 20mg + AD EV 12/12H</p> <p>6. Tramal 100mg + 10ml SF0,9% EV SOS</p> <p>7. Guideados gerais + sinal de vitais</p>		<p>18:10 h</p> <p>medicina</p> <p>11:20 10/04/16</p> <p>10/04/16</p> <p>10/04/16</p> <p>10/04/16</p> <p>10/04/16</p> <p>10/04/16</p>		<p>1. Aconselhado uso CC em</p> <p>2. Not observar</p> <p>3. Ajustar dose de antiinflamat</p> <p>4. Dose diária de 100 mg</p> <p>5. Melhor alternativa a</p> <p>6. Guideados e uso de medicamentos</p> <p>7. Sinal de vitais</p>		
<p><i>Waldyr Júnior da Silva</i></p> <p><i>do ec</i></p>		<p><i>18:10</i></p> <p><i>10/04/16</i></p>		<p><i>Dr. Ayvânia C. R. S. Alves</i></p> <p><i>10/04/16</i></p> <p><i>10/04/16</i></p>		



## LAUDO MÉDICO

Paciente: **WASHINGTON LUIS LOPES DA SILVA** (Prontuário: 486079)  
Endereço: QD 229 CS 12 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 23/11/1964 Idade: 53a9m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 68063-  
Requisição: 866800 Solicitação: 23/08/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1072932 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 23/08/2018

### US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: integros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(DANIEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2018

**DANIEL AUGUSTO LIMA LEITE**

CPF: 566.189.643-34 CRM 3389

Profissional Responsável

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

**Aos Cuidados de: WASHINGTON LUIS LOPES DA SILVA**

**Nº Sinistro: 3180565883**  
**WASHINGTON LUIS LOPES DA SILVA**  
**Data do Acidente: 23/08/2018**  
**Cobertura: INVALIDEZ**  
**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180565883**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo 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").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

428.737.113-53

Nome completo da vítima

Washington Luis Lopes da Silva

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Washington Luis Lopes da Silva	428.737.113-53	pintor
Endereço	Número	Complemento
Rua Atleta se Barros	5103	Casa
Bairro	Estado	CEP
Novo Horizonte	PI	64079 - 165
Email	Telefone (DDD)	
	(86) 3303-4104	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V  
2004 (Informar dígito se existir) 60043 (Informar dígito se existir) 0

<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)
BANCO
Nome
AGÊNCIA
NRO. D/V
CONTA
NRO. D/V

30 NOV 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Celso de Resende, 495 Centro -  
Natal - CEP: 54.002-420 RN

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Teresina, 20 de Novembro de 2018

Local e Data

Washington Luis Lopes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.003076/2018-92**

**Unidade de Registro:** DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Resp.** pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

**Data/Hora:** 31/08/2018 - 10:52

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

489712

**Data/Hora**

23/08/2018 - 08:30

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

489714-0

**Município**

TERESINA

**Bairro**

DIRCEU ARCOVERDE I

**Endereço**

AV. JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA NETO, N°: 2126

**Complemento**

**Ponto de Referência**

ASSAÍ

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

**Nome:** WASHINGTON LUIS LOPES DA SILVA

**Tipo Envolv.:** VITIMA/Noticiante

RG: 639216 PI

Mãe: FRANCISCA LOPES DE SOUSA SILVA

Pai: ANTONIO DOS REIS E SILVA

Endereço: RUA ATLETA ZÉ BARROS, N° 5103

Complemento: LOT. MANOEL EVANGELISTA

Bairro: NOVO HORIZONTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-3234-7553

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA QUE ERA PASSAGEIRO DA MOTO YAMAHA/FACTOR YBR 125 K, PLACA NYH-6809-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 984465928, PROP. DE REGINA CELIA LOPES DA SILVA LIMA, CONDUZIDA POR PAULO FERNANDES ROCHA, E QUE TRAFEGAVAM PELA VIA CITADA, QUANDO O CAMINHÃO DE PLACA LVP-4242-PI, COLIDIU NA TRASEIRA DA MOTO, PROVOCANDO A QUEDA DAS VITIMAS. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 486079). O CONDUTOR DA MOTO, PAULO FERNANDES ROCHA, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT.

DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

  
 Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
 AGENTE DE POLÍCIA

  
 WASHINGTON LUIS LOPES DA SILVA - Noticiante  
 Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





Dados do Chamado	01 N° do chamado <b>3058</b>	02 Data do chamado <b>23/08/18</b>	03 PRO (código) <b>2952</b>	04 Saída do PA <b>08:09</b>	05 Chegada no local <b>08:12</b>	
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>08:23</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>08:31</b>	08 Saída do 1º hospital <b>08:32</b>	09 Chegada ao 2º hospital <b>08:32</b>		
	10 Endereço <b>Rua José F. de Alencar, 110</b>	11 Bairro <b>Diocesia</b>	12 Município-UF <b>THE-PI</b>	Código IATE		
	13 Ponto de referência <b>ASSAS</b>					
Dados do Paciente	14 Nome <b>Washington Luris Lopes da Silva</b>	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	16 Idade <b>53</b>	1-Dia 2-Mês 3-Ano 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	
	17 Índices de ingestão de bebida alcoólica <b>1-Sim</b>	2-Não	9-Ignorado			
de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência  01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transtorno 15 - Exames complementares	16 - Outros		
Acidente de Transporte	19 Vítima  1 - pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção  1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida  1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança  Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança		
Exame Físico	23 Glasgow = <b>15</b>	RÉSPONSA VERBAL  ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- A voz 2- À dor 1- Nenhuma	5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA  6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais  Pulso <b>56</b> Resp. PA <b>140/85</b> TAX. SatO2 <b>98</b>	25 Local da lesão
	26 Edipilas 1 - Igualas <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Desiguais	27 Pulsos Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio, 2 - Fino, 3 - Ausente	28 Dor <b>10</b> 0 - Sem Dor      3 - Leve      7 - Moderada      10 - Intensa	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10		
	28 Sangramento 1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada	2 - Não	3 - Suspeito <input checked="" type="checkbox"/>		
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)  Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino <b>HUT</b>					
	33 Condições de entrada 1-Melhorado <input checked="" type="checkbox"/> 2-Piorando <input checked="" type="checkbox"/> 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	2-Não <input checked="" type="checkbox"/>			
Observações Interdisciplinar	<p><i>Cotisão moto/carro. paciente se apresentando gravemente fechado, em cintebraço D+ encarcerado. paciente já havia saído do local do acidente. Apresentando fratura em fia</i></p>					
	Socorristas Médico AE/TE			Enfermeiro		
	Responsável pela recepção  <i>W. L. Lopes</i>			Condutor  <i>Todos Alves</i>		