

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: 000000060043-0

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 ULNA 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

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

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

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?

[☒] 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)?

[☒] 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
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

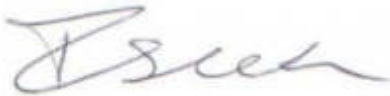
Região Corporal (Sequela):

% 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 609509

complemento RENASCENÇA 1, 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 LOPES DA SILVA o condutor era

PAULO FERNANDES ROCHA.

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: YAMAHA / FACTOR YBR125K

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 Fernando Rocha

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

CARTEIRA
THERMISTOCLES
SAMPAYO

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR: ANA LUIZA GONÇALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1223 CENTRO - CEP: 64001-200 - TERESINA-PI
Fone: (0800) 3221-7888 - E-mail: atendimento@cartoriothermista.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: REGINA CELIA LOPES DA SILVA
LIMA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 30/08/2018.
Emol.: 3,71 Tj: 0,74 Selo: 0,25 Total: 4,71 Selo: ABI-50551 (F80P640)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO Escrevente Autorizada

☐ Tabelião ☒ Escrevente autorizado

CARTÓRIO THERMISTOCLES SAMPAYO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Compromissada
Teresina - PI

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas,
Registro e
Judiciais

RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº ABI-50551

1861.3221.7888

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 NOV 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Washington Luis Lopes 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 - HUT

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

AVALIAÇÃO - *neurológica*
cirurgia 9

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 23/08/2018 06:43:11

DADOS DO PACIENTE:

Nome: WASHINGTON LUIS LOPES DA SILVA		Prontuário: 486079	
Mãe: FRANCISCA LOPES DE SOUSA SILVA	Pai:		
End. Resid.: QD 229 CS 12 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 23/11/1964	Idade: 53a9m0d	Sexo: Masculino	Fone: 86-98263-230
Responsável: O MESMO	CNS: 698002318405877		
Profissão: PINTOR	Documento: CPF: 428.737.113-53		
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Concubinato		
End. Local: - - -			

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 U S	
Acid. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V20.9

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: QUEDAS	Evento Principal: Mecanismo de trauma significativo	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: PACIENTE VEIO ATRAVÉS DO SAMU COM RELATOS DE ACIDENTE DE MOTO CLISÃO COM CAMINHONETE, APRESENTANDO PROVÁVEL FRATURA EM MSD, COM ESCORIAÇÕES EM FACE, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA COMORBIDADES		Profissional Clas. Risco: LORENA MAGALHÃES MACEDO 23/08/2018 Em: 23/08/2018 06:43:11	

RAIO-X REALIZADO
DATA 23/08/2018

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____) Técnico: *[Assinatura]*

Paciente trazido pelo SAMU, vítima de acidente automobilístico HA 2h. (MOTO-CARRO). ENXURRADA-SE COM CAPILAR. PACIENTE NÃO PERDEU A CONSCIÊNCIA. NEGA CÉFALAS, NÁUSEAS E VÔMITOS. A E D: COLAR VERMELHO. VÍDEO ACIMA BOMBA; E: AUSÊNCIA DE ROMATISMOS EXTREMOS D: VÍDEO ROMATISMOS. GLASSER 15. E: GLASSER 15 COM OUTRO COTIDIANO. PULSO 80mmHg em 1800 Superior.

PA ____ X ____ mmHg	Pulsos ____	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:	REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA DATA 23/08/2018 EXAME U.S. <i>[Assinatura]</i> LAUDO PROVISÓRIO	CID: <i>[Assinatura]</i> DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 30 NOV 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Lapa Norte CEP: 64017-770

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indique o Procedimento e CID



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: 23/08/2018 08:43:30
(1057981)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	WASHINGTON LUIS LOPES DA SILVA			Prontuário:	486079
Mãe:	FRANCISCA LOPES DE SOUSA SILVA			Pai:	
End.Resid.:	QD 229 CS 12 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	23/11/1964	Idade:	53a9m0d	Sexo:	Masculino
Responsável:	O MESMO			CNS:	898002318405877
Profissão:	PINTOR			Documento:	CPF: 428.737.713-53
G. Instrução:	Não informado			E.Civil:	Concubinato
End.Local.:	- - -				

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	680634	Data:	23/08/2018 08:38:45	Clas. Cor:	Laranja	
tipo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	U.S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 23/08/18 10:27 ESPECIALISTA: Ortopedia

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: politraumatismo: TCE + fratura exposta de rádio/ulna (D); Retornar pt ortopedia por 11 dias em forma de neurocirurgia e cirurgia geral

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/

Carimbo/Assinatura Solicitante: Dr. Ronaldo Rego
Ortopedista
CRM-PA 0487

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: A OLHO

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

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

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Abdome indolor, USG de abdome sem alterações, eupneico, consciente, AP = MEF bilateral.
Cd: Atc de Cirurgia Geral

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/

Carimbo/Assinatura Solicitante: Dr. José Luiz de Sousa Faria
Médico
CRM-PA 5732

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DAVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja G
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>WASHINGTON LUIS LOPES DOS</u>		Prontuário: <u>486098</u>	Data: <u>23/05/18</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. () Fem.	Idade: <u>53 A</u>	Peso:	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <u>FRATURA DE RÁDIO E ULNA</u>			Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não <u>* UNO ANO</u>

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não
2 - Patologias respiratórias	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não
3 - Antecedentes patológicos	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não
4 - Convulsão	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não
6 - Transusão sanguínea	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não
7 - Uso de medicação	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não
<input checked="" type="checkbox"/> Alergia	(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim	() Não <u>NÍME SUCIDA</u>
9 - História familiar de complicações anestésicas	() Sim	(<input checked="" type="checkbox"/>) Não

CF 74 Mm

CIN DE RÁDIO ENTERRAMENTO

ETILISMO SOCIAL

EXAME FÍSICO

PA: <u>140/90</u>	Pulso: <u>73</u> () arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Alterado:	
2. Cardiovascular	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Alterado:	
3. Neurológico	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Alterado:	
4. Abdome	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Alterado:	
5. Vias aéreas	() Possível VAD	
6. Extremidades	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normal () Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

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

ASA: <u>I</u>	Anestesia proposta: () Geral (<input checked="" type="checkbox"/>) Outro: <u>BLOQUEIO DE LOMBAR EM QUADRILHÃO + SEV</u>
OBSERVAÇÃO DE CRPA:	

Anestesiologista:	CRM:
-------------------	------

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23/08/18

NOME DO PACIENTE: <u>Washington Luis Lopes da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>486079</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Agromar</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr.</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Augusto</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

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



ENFERMARIA:

CIRCULANTE: Deuma



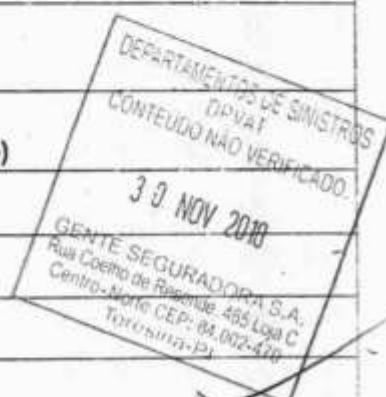
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Washington Louis Lopes da Silva</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura de antebraço (exposta/fechada)</i>		
Operação - Tipo <i>Osteosíntese</i>		
Cirurgião <i>Ayrano</i>	1º Assistente <i>Jacson</i>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentos (a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>23.08.18</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pos-operatório <i>Osteosíntese de 1ª antebraço</i>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

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

- 1) Paciente em posição supina
- 2) Antebraço
- 3) Limpado
- 4) Dreno dorsal
- 5) Redução e fixação
- 6) Suturas
- 7) Faixa pós-operatória / Redução / Fixação
- 8) Suturas
- 9) Curativo



Ayrano Soares Aires
Ortopedia e Traumatologia
CENTRO DA COLUNA VERTEBRAL
CRM-PA 3746 CRM-MA 9546 TEST 13487

Dra. Ayrano Soares Aires
Ortopedia e Traumatologia
CENTRO DA COLUNA VERTEBRAL
CRM-PI 3746 CRM-MA 9546 TEST 13487

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

[illegible]



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

Pág: 1 de 1

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

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: íntegros.
- 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

Carta nº 13960565



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 Washington Luis Lopes da Silva		CPF titular da conta 428.737.113-53	Profissão Pintor
Endereço Rua Atletas Le Barres		Número 5103	Complemento Casa
Bairro Novo Horizonte	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 2004 D/V		CONTA NRO. 60043 D/V		BANCO Nome		AGÊNCIA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	



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





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA NETO, Nº: 2126

Complemento

Data/Hora

23/08/2018 - 08:30

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE I

Ponto de Referência

ASSAI

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 ZÊ BARROS, Nº 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 NHY-6809-PI, COR VERMELHA, RENAVAL 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





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	3058	23.08.18	2902	08:09	08:18
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	08:23	08:31			
	10 Nome do paciente	11 Nome do paciente			
Dados do Paciente	12 Bairro	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade
	Pinheiro	ASSAJ	Washington Luis Lopes da Silva	Masculino	53
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica	18 Tipo de ocorrência			
	1-Sim 2-Não 9-Ignorado	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 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 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Acidente de transporte	19 Víti	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	23 Glasgow
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	15
Exame Físico	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão	26 Pupilas		
	Pulso 56 PA 140x95 TAX SatO2 98		1 - Iguais 2 - Desiguais		
Assistência	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura	
	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Sim 2 - Não Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	HUT	1 - Melhorado 2 - piorando 3 - inalterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>	
Observações Interdisciplinar					
Colisão moto/peano. Paciente apresentando fratura fechada em antebraço D + escoriações. Paciente já havia saído do local do acidente. Apresentando fratura em fratura					

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
30 NOV 2018
GENTE SEGURANÇA
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro Norte CEP: 64.002-100
Teresina - PI

Responsável pela recepção: _____
Socorristas Médico: T/Hamas
Enfermeiro: João Alves
Condutor: João Alves