

Controle de documentos x Audiências x Consulta processos - Processo Ju... x 0802802-30.2020.8.18.0140 - Pro... x +

← → ↻ 🏠 🔍 tpi.pje.jus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=440162&ca=cd5b633dc0b0006a5f55d2e21be63f70... ☆ 🛡️ 🌐 📄

Apps 📱 Processo Virtual Na... 📧 Administrativos 📄 Portal do Advogado 🌐 Google 📄 Nova guia 🌐 Meu INSS 📄 [bb.com.br] 📄 Zimbra: Movimenta... 📄 PJE 1º 📄 Publicações

PJE ProOrd 0802802-30.2020.8.18.0140
MARCUS FERNANDO SILVA MOURA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS ...

8463917 - CONTESTAÇÃO (2696067 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 20/02/2020 08:46:29

20 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8463917 - CONTESTAÇÃO (2696067
- CURTES IACAO 01)
- 8464066 - Documentos (2696067
- CONTESTACAO Anexo 02)
- 8464062 - Documentos (Anexo 03 subs atos
- procuracao compressed)
- 8464058 - Documentos (GARTIA DE
- PREPOSTOS)
- 8464060 - PROCURAÇÕES OU
- SUBSTABELECIMENTOS
- (SUBSTABELECIMENTO)

08:40

10 Feb 2020

EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS.

- 8267146 - Citação

10:04

06 Feb 2020

downloadBinario.seam 1 / 9

2696067 - CJ/2020-00650/INVALIDIZ

JOÃO BARBOSA
— ADVOGADO ASSOCIADO —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08028023020208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

PT 📶 08:46
20/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08028023020208180140

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **10/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 29/08/0019.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3,037.50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 3,037.50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA		 Administradora do Seguro DPVAT		
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190658952	Cidade: Francinópolis	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA	Data do acidente: 10/08/2019	Seguradora: MBM SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DOS CORPOS VERTEBRAIS DE T7 E T8 LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO DO PUNHO ESQUERDO				
Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM PUNHO ESQUERDO COM HIPOTROFIA MUSCULAR LOCAL; AUSÊNCIA DE CICATRIZES EM TOPOGRAFIA LOMBAR; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 25º; FLEXÃO 40º; DESVIO RADIAL 10º; DESVIO ULNAR 10º; DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES, FORÇA MUSCULAR GRAU 4.				
Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DE OSSOS DO CARPO MEDIANTE REPARO LIGAMENTAR E FIXAÇÃO COM FIOS METÁLICOS; FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE VÉRTEBRA TORÁCICA; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO; DORSALGIA CRÔNICA E DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES.				
Sequelas permanentes: Limitação funcional de ambos os membros inferiores em grau residual, Limitação funcional do punho esquerdo em grau médio.				
Sequelas: Com sequela				
Data do exame físico: 10/12/2019				
Conduta mantida:				
Observações: Indenização em grau residual dos membros inferiores devido ao déficit de força muscular. Indenização em grau médio do punho E devido a limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.				
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 ambos os membros inferiores	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 3,037.50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **10/08/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 3,037.50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

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:

23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000114918-2

Nr. da Autenticação E766BF6643AA8B2D

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 3,037.50 (TRÊS MIL E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ **art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 13 de fevereiro de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08028023020208180140.

Rio de Janeiro, 13 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

DENTRON

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 014207465959
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 DOB. RENAVAM 01038207492 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME

MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF / CNPJ

07112578337

PLACA

PIE-3961

PLACA ANT / UF

CHASSI

9C2KC1680FR563983

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NENHUMA

COMBUSTÍVEL

ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO

HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.

2014

ANO MOD.

2015

CAP / POT / CL

002P/0149CC

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

1
P
V
A

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

1ª IPVA

2ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURO

PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICÇÕES

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE ROTEIRO OBRIGATORIO
NÃO VALEDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA

LOCAL

DATA 14/05/2019

ASSINATURA DO REG. LOBO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

CONTRON

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 014207465959 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019DATA EMISSÃO
14/05/2019

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

07112578337

PIE-3961

RENAVAM

01038207492

MARCA / MODELO

HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.
2014

COT. TARIF.

09

Nº CHASSI

9C2KC1680FR563983

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ 000,00

R\$ 000,00

R\$ 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$ 000,00

IOF (R\$)

R\$ 000,00

TOTAL A SER PAGADO (R\$)

R\$ 084,58

PAGAMENTO

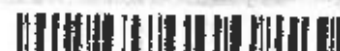
☒ COTA ÚNICA☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

22/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.808/0001-04



**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: **3190658952**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R CONCHAL, 4312 - URBANO - Teresina - PI - CEP 64017-180

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SS** / **PI**] **3946305**

Data e local do acidente: [**10/08/2019**] **BAIRRO PEIXE DO ADRIANO, TERESINA/PI**

Data e local do exame: [**10/12/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DOS CORPOS VERTEBRAIS DE T7 E T8 LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO DO PUNHO ESQUERDO

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

PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM PUNHO ESQUERDO COM HIPOTROFIA MUSCULAR LOCAL; AUSÊNCIA DE CICATRIZES EM TOPOGRAFIA LOMBAR; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 25º; FLEXÃO 40º; DESVIO RADIAL 10º; DESVIO ULNAR 10º; DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES, FORÇA MUSCULAR GRAU 4

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.

PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DE OSSOS DO CARPO MEDIANTE REPARO LIGAMENTAR E FIXAÇÃO COM FIOS METÁLICOS; FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE VÉRTEBRA TORÁCICA; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO;; DORSALGIA CRÔNICA E DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES

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:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO ESQUERDO DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES

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):

PUNHO ESQUERDO

% 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):

COLUMNA TORÁCICA

% do dano: (**X**) 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.



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARCUS FERNANDO SILVA MOURA
 DATA DO ACIDENTE 10-08-2019 CPF DA VÍTIMA 071.125.783-37
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO MARCUS FERNANDO SILVA MOURA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É MARCUS FERNANDO SILVA MOURA
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. COELHO
 Nº 4312 COMPLEMENTO 1259 BAIRRO VIR BOM
 CIDADE TERESINA UF PI CEP 64.000-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (86) 98112-3310

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSDO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1264

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 26-11-2019
 IDENTIDADE 3.945.302
 ASSINATURA MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 26-11-2019
 NOME [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658952 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS CORPOS VERTEBRAIS DE T7 E T8
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO DO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM PUNHO ESQUERDO COM HIPOTROFIA MUSCULAR LOCAL; AUSÊNCIA DE CICATRIZES EM TOPOGRAFIA LOMBAR; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 25°; FLEXÃO 40°; DESVIO RADIAL 10°; DESVIO ULNAR 10°; DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES, FORÇA MUSCULAR GRAU 4.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DE OSSOS DO CARPO MEDIANTE REPARO LIGAMENTAR E FIXAÇÃO COM FIOS METÁLICOS; FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE VÉRTEBRA TORÁCICA; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO; DORSALGIA CRÔNICA E DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de ambos os membros inferiores em grau residual, Limitação funcional do punho esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual dos membros inferiores devido ao déficit de força muscular.
Indenização em grau médio do punho E devido a limitação da mobilidade articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 ambos os membros inferiores	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	22,5 %	R\$ 3.037,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658952 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS CORPOS VERTEBRAIS DE T7 E T8
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO DO PUNHO ESQUERDO

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM PUNHO ESQUERDO COM HIPOTROFIA MUSCULAR LOCAL; AUSÊNCIA DE CICATRIZES EM TOPOGRAFIA LOMBAR; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 25°; FLEXÃO 40°; DESVIO RADIAL 10°; DESVIO ULNAR 10°; DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES, FORÇA MUSCULAR GRAU 4.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO DE OSSOS DO CARPO MEDIANTE REPARO LIGAMENTAR E FIXAÇÃO COM FIOS METÁLICOS; FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE VÉRTEBRA TORÁCICA; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO; DORSALGIA CRÔNICA E DÉFICIT DE FORÇA EM MEMBROS INFERIORES.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de ambos os membros inferiores em grau residual, Limitação funcional do punho esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual dos membros inferiores devido ao déficit de força muscular.
Indenização em grau médio do punho E devido a limitação da mobilidade articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 ambos os membros inferiores	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658952 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COLUNA VERTEBRAL T7 E T8 (PAG.01.15.16)
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/FIXAÇÃO) (PAG.08)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658952 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COLUNA VERTEBRAL T7 E T8 (PAG.01.15.16)
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE/FIXAÇÃO) (PAG.08)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			15 %	R\$ 2.025,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0417032/19

Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

CPF: 071.125.783-37

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARCUS FERNANDO SILVA MOURA : 071.125.783-37

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA
CPF: 071.125.783-37

MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658952

Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658952

Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658952

Vítima: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.037,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de ambos os membros inferiores 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA**

Valor: **R\$ 3.037,50**

Banco: **104**

Agência: **000001987**

Conta: **00000114918-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 071-125-783-37 3 - CPF da vítima: 071-125-783-37 4 - Nome completo da vítima: MARCOS FERNANDO SILVA MOURA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARCOS FERNANDO SILVA MOURA 6 - CPF: 071-125-783-37
7 - Profissão: REVENHO 8 - Endereço: R. CONCHAL 9 - Número: 43/2 10 - Complemento: 6059
11 - Bairro: URBANO 12 - Cidade: TUPACATIARA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85.98112-3310

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1987 CONTA: 100114918 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☒ Vítima
24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido
38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



5067 2252 2779 0278

VALID

VALIDITY

05/24

MARCUS FERNANDO S MOURA
1987 013 00114918-2

elo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000049/2019-58

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

Resp. pelo Registro: Francisco Marques De Sousa Medeiros

Data/Hora: 29/08/2019 - 09:11

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FRANCINÓPOLIS

Endereço

LADEIRA DO PEIXE, FRANCINÓPOLIS PIAUI, Nº:

Complemento

BAIRRO PEIXE DO ADRIANO

Data/Hora

10/08/2019 - 00:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 3946305 PI

Mãe: GERLANDIA MARIA DE SOUSA SILVA

Pai: GENIVAL MARTINS DE MOURA

Endereço: RUA CANCHAL, Nº 4312

Bairro: ESPLANADA

Cidade: TERESINA - CEP: 64000-000

Telefone(s): 83-9974-6940

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

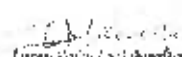
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADO COMPARECEU A ESTA DP PARA NOTICIAR QUE NO DIA 10 DE AGOSTO POR VOLTA DAS 00:00HS DESLOCAVA-SE EM SUA MOTO HONDA CG 150 FAN PLACA-PIE-3861-PI-TERESINA, NO BAIRRO PEIXE DO ADRIANO, PRÓXIMO AO AQUED., NO MUNICÍPIO DE FRANCINÓPOLIS-PI. OCASIÃO EM QUE CHOCOU-SE COM UM ANIMAL(JUMENTO) NA PISTA, VINDO A CAIR E FICAR DESACORDADO, ONDE FOI SOCORRIDO E LEVADO AO HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA NAQUELE MUNICÍPIO E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO AO HUT(HOSPITAL DE URGENCIAS DE TERESINA)..


Rodrigo Ulisses Pereira - Mat.
AGENTE DE POL.


MARCUS FERNANDO SILVA MOURA - Notificante
Responsável pela Informação


Lucy Siqueira Costa Pereira
Deleg. Geral de Pol. Civil
M. 11.17.3527

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 071-125-783-37 3 - CPF da vítima: 071-125-783-37 4 - Nome completo da vítima: MARCOS FERNANDO SILVA MOURA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARCOS FERNANDO SILVA MOURA 6 - CPF: 071-125-783-37
7 - Profissão: REUVO 8 - Endereço: R. CONCHAL 9 - Número: 43/2 10 - Complemento: 6059
11 - Bairro: URBANO 12 - Cidade: TUPACATIARA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 85.98112-3310

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1987 CONTA: 100114918 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☒ Viúvo 24 -
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



5067 2252 2779 0278

VALIDITY

05/24

MARCUS FERNANDO S MOURA
1987 013 00114918-2

elo

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: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000114918-2

Nr. da Autenticação E766BF6643AA8B2D

Data: 24/09/2019

Nome do Paciente: **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA**

Médico Solicitante: **AGNELO SAMPAIO C B MEDEIROS**

Exame: **RM COLUNA TORACICA**

Código

247245

TÉCNICA DE EXAME: exame realizado com cortes axiais, sagitais e coronais ponderados em T1 e T2 sem o uso endovenoso de gadolínio.

INTERPRETAÇÃO:

Acentuação da cifose dorsal.

Fratura dos corpos vertebrais de T7 e T8, com acunhamento anterior e redução da altura vertebral estimada em 30%, sem retropulsão relevante do muro posterior. Nota-se também edema da medular óssea no corpo vertebral e respectivos elementos posteriores, bem como espessamento e alteração de sinal do espaço epidural posterior em T7-T8, podendo representar edema no espaço epidural.

Demais corpos vertebrais com altura e alinhamento posterior preservados.

Redução do espaço discal de T7-T8.

Não há evidência de protrusão ou extrusão discal focal ou difusa no segmento dorsal da coluna.

Não há sinais de estenose do canal vertebral.

Os forames intervertebrais possuem amplitude conservada.

Medula torácica de espessura e intensidade de sinal normais.

Articulações interfacetárias sem alterações evidentes.

Musculatura paravertebral de aspecto simétrico.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Acentuação da cifose dorsal.

Fratura aguda dos corpos vertebrais de T7 e T8, com acunhamento anterior.

ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA DO REGO MONTEIRO
CRM: PI 3678

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)

Avenida Benício Alves de Silve, 877 Centro
Fone/Fax: (86) 3285-1133 Cep.: 64.025-000 - Elesbão Veloso-PI
CNPJ: 04.553.554/0001-90 E-MAIL: hospitalno@henm.pi.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

NOME DO PACIENTE:		IDADE	
ENDEREÇO:		CIDADE	UF
CPF:	RG:		
NOME DO PAI:			
NOME DA MÃE:			
DADOS CLÍNICOS			
Paciente vítima de acidente motociclístico (SIC) com trauma contuso em região frontal do crânio com fratura no local externo e há também sinal de guaxinim a esquerda. Há também prisma fechada de radio distal esquerdo com luxação.			
DIAGNÓSTICO			
1- Acidente motociclístico 2- Fratura de base de crânio 3- Fratura de radio distal esquerdo com luxação			
DATA		ASS. CARIMBO DO MÉDICO	

CONFERE COM O ORIGINAL

Notícia Maria de Jesus Rocha
26/08/2015



NOME DO PACIENTE: Marcos Fernando Silva M. e
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 519302

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 7218 5400
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 07.522.913/0022-01

NEURO - OK
ORTOPEDIA - CC
CIR. GERAL - OK
OUTROS - OK

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA		Prontuário: 519302	
Mãe: GERLANDIA MARIA DE SOUSA SILVA	Pai: GENIVAL MARTINS DE MOURA		
End. Resid.: AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - FRANCINOPOLIS - PI - CEP: 64520-000			
Nascimento: 15/12/1996	Idade: 22a7m26d	Sexo: Masculino	Fone: 89-99979-7192
Responsável: GENIVAL MARTINS	CNS: 700502318965056		
Profissão: AUTONOMO	Documento: CPF: 071.125.783-37		
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Solteiro(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 735341	Entrada: 10/08/2019 05:25:17	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
---	--	------------------------

Breve História Clas. Risco:

paciente encaminhado de eletrocardiograma com história de acidente motociclistico, evoluindo com hematoma periorbital esquerdo + dor na região dorsal + dor e mobilidade prejudicada de antebraço esquerdo. Nega perda de consciência ou vômitos. ECG = 15. Nega alergia medicamentosa.

ROMAN BEZERRA HOLANDA
COREN 201644 PI
Em: 10/08/2019 05:42:15

SSVV:

(Hora: ____:____)

Peso: **0,00 Kg** Altura: **0,00 M** IMC: **0,00 Kg/m2** Pulso: **bpm** Pressão: **mmHg**

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente vítima de acidente motociclistico há 10 horas, transferido de Eletrocardiograma. Refere uso de bebida alcoólica e uso de capacete mas esse foi sacado no momento do acidente. Nega êmese, otorragia e rinorragia. Vias aéreas pervias, fonação preservada. AP: MV+ANT, SRA, expansibilidade preservada, sem dor ao movimento respiratório. AC: BNF, RR2T, SS. Abd plano, flácido, depressível, indolor à palpação. Pelve estável, indolor à mobilização. Extremidades normoperfundidas. ECG: 15. Pupilas isocóricas, fotorreagentes. Escoriações em face, hematoma periorbital esquerdo.

SSVV: satO2 96% FC 100 bpm

10/08/2019 09:59
ROMAN BEZERRA HOLANDA
COREN 201644 PI
Em: 10/08/2019 05:42:15

Diagnóstico: **Crânio**

Exames Complementares:

- (1280840) - TORAX PA
- (1280841) - COLUNA CERVICAL
- (1280842) - PELVE

Prescrição Médica:

RAIO-X REALIZADO
DATA **10/08/19** HORA
TÉCNICO: **Filipe**

Filipe Augusto Costa
Médico
RM-PI 7527

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

MARIA DALLARA BARROSO E SILVA
CRM: 6815 - PI Em: 10/08/2019 05:47:25

* Ortopedia - 10/08/19

- Paciente referiu acidente com trauma de cabeça/face, dor a toque e

Ao exame: dor no tórax/gabito com dor posterior, dor, edema e hematomas
hemorroidal de cabeça e

Rx: Fratura de artulação do nádo e luxação de fêmur proximal do
membro.

Ch: Encaixar os membros com enxada para manutenção da redução,

Após liberação das demais especialidades.

Marcos Vitor P. de Carvalho Filho
Traumatologia e Ortopedia
CRM-PI 4792 TEOT 12501

20/08/19

* NUR *
m. polímeros

Acidente automobilístico com
desmoronamento de parte da estrutura
BCLB. 15.

paciente com: fraturas NUR
em fl. TC coluna C-T-6

Dr. Thiago C. Guimarães
NEUROCIRURGIA
CRM-PI 40810/2014 MA 888

TC coluna C-T-L: fraturas de L4/L5

101087
Oftalmologia: fratura de olho esquerdo
Col. - com fratura de base do crânio
Dr. E. Guimarães
CRM-PI 40810/2014 MA 888



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30, 08, 19

NOME DO PACIENTE:	marcus fernando Silva	ABONTUÁRIO Nº:	519302
DIAGNÓSTICO:	Parâmetro de pulso	CIRURGIA:	Ampliação
ANESTESIA:	Cefepim	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Chagas	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Alcôfil	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Silene	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 75	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 70	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	30	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			crepom		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	Laquiel		
PROLENE							



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

245180

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

6 - Prontuário: 519302

7-CNS: 700502318965056

8-Nascimento: 15/12/1996

9-Sexo: Masculino

CPF: 071.125.783-37

11-Mãe: GERLANDIA MARIA DE SOUSA SILVA

12-Fone: 89-99979-7192

Resp: GENIVAL MARTINS

14-Cor: Parda

15-Endereço: AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - CEP: 64520-000

17-Cod. IBGE: 220400

18-UF: PI

19-CEP: 64520-000

16-Munic: FRANCINÓPOLIS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Trauma - punho E, aparente fratura
luxação omó do carpo
Nervos e tendões OK

21 - Condições que justificam a internação:

Ar omó

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura do osso navicular [escafoide] da mão

24-CID Prim:

S620

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.:

040B020466

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

Tempo SUS
2

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

762.451.793-00

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS

34-Data Solicitação:

14/08/2019

Dr. Cláudio Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 9337-
SBOT 12681
35-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO BURIVAN)
Consulta Local: 735341
Consulta SUS:
Impressão: 14/08/2019 18:55:03

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Marcos Fernando Silva Moura*

Diagnóstico pré-operatório *Luxação ovul do Lado LF*

Operação - Tipo *Redução de Luxação*

Cirurgião *Dr. Claudio Nogueira* 1º Assistente

2º Assistente *Dr. Claudio Nogueira* 3º Assistente

Instrumentador(a) *Anestesiologista* Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *14/08/19* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Pif na DTH sob anestesia
- ② Anestesia + Antiespasm + Lâmpada Anterior
- ③ Vio de acur daul em posic LF
- ④ Redução de Luxação percutânea
- ⑤ Luxação com 3 FK 1,5--
- ⑥ Sutura + Curativos

Dr. Claudio Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 3321 CRM-MA 9337
SBOT 12681

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	

HOSPITAL: HUT CNPJ: _____
 PACIENTE: Marcos Fernando Silva Moura Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Claudio CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

*Luxação ovul do corpo
 penetrado em 3 FK 1,5 -*

*Dr. Claudio Nogueira
 Otorrinolaringologista
 CRM-PA 32119-PA-0337
 RBO 12091*

DATA: 14/08/12

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

DATA:

Assinatura do Médico Solicitante



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/08/19

NOME DO PACIENTE: Marcos Fernando PRONTUÁRIO Nº: 579302

DIAGNÓSTICO: Luxação crônica da cabeça do fêmur 2 CIRURGIA: Ortoscopia

ANESTESIA: Dr. Eduardo Nº DA SALA: 02

CIRURGIÃO: Dr. Cláudio Nogueira CPF Nº: _____

AUXILIAR: _____ CPF Nº: _____

ANESTESIA: KPB CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Jenifer CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI m-15	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,5 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 6,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Máquina expor	un	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	un	05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Electrodes	un	03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Conexão			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2,0, 3.0	un	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>me Kuba</u>			
PROLENE							



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Manoel Fernando Silva Moura

Sala:

Alergia:

Data:

Procedimento: Ortomaxia de corpoCirurgião: Claudio

Observações:

Agentes	Unid.	15	30	45	1h	1h30	45	15	30	45	15	30	45
1. <u>Bupr 0.545%</u>	<u>15 ml</u>												
2. <u>Adrenal 2%</u>	<u>5 ml</u>												
3.													
4. <u>Lidocaina</u>	<u>2g</u>												
5. <u>Bupivac</u>													
6. <u>Ortomax</u>													
7.													
8. <u>Midazolam</u>													
9. <u>Chlorhex</u>													
10. <u>Propofol</u>													
11. <u>Fentanyl</u>													
12.													
13.													
Oxigênio	<u>30%</u>												
ARN20													
Volatil													

Acesso Vascular

- ☒ Periférico IVC
- Cat. Venoso nº 24
- ☐ Dificuldade aces. venoso
- Gastos cateteres
- ☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
- ☐ IOT nº 7
- ☐ LMA nº 4

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PANI
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
- ☐ Geral Balanceada
- ☐ Raqui-anestesia
- ☐ Peridural
- ☒ Bloqueio Periférico
- ☒ Outros Solano

Decubito: DRH

SPO2 (%)	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>
ETCO2 (mmHg)					
Aces. Venoso	<u>500</u>	<u>500</u>	<u>500</u>	<u>500</u>	<u>500</u>
Aces. Venoso					
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia:

Blockio do plano Braquial via oxlor com fentanil e midazolam
usado via V&E estrutural da coluna
Solano

Dr. Manoel Ramos
Anestesiologista
CRM - PI 4393
Anestesiologista



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

244896

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

6 - Prontuário: 519302

7-CNS: 700502318965056

8-Nascimento: 15/12/1996

9-Sexo: Masculino

CPF: 071.125.783-37

11-Mãe: GERLANDIA MARIA DE SOUSA SILVA

12-Fone: 89-99979-7192

13-Resp: GENIVAL MARTINS

14-Cor: Parda

15-Endereço: AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - CEP: 64520-000

17-Cod. IBGE: 220400

18-UF: PI

19-CEP: 64520-000

16-Munic: FRANCINÓPOLIS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim:

S525

25-CID Sec.:

26-CID C.Abb.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408020407

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

29-Clinica:

30-Caráter:

02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA

34-Data Solicitação:

10/08/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

37-() Acidente Trabalho Típico

38-() Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-Nº.Bilhete:

43-CNAE Empresa:

41-Série:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

() CNS () CPF

49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ANTONIO EURIVAN)

Consulta Local: 735341

Consulta SUS:

Impresso: 10/08/2019 14:52:26



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Marcelo Fernando Silva Moura*

Diagnóstico pré-operatório *Lesão de pele*

Operação - Tipo *Exatoma de pele*

Cirurgião *Chapadão* 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) *Selene* Anestesiologista *Cape* Anestesia *bloqueio*

Anestésico(a)

Data da Operação *30.08.19* Início *14:30* Fim *15:00*

Diagnóstico Pós-operatório
Exatoma de pele

Relatório Imediato do Patologista
Exatoma de pele

Acidente Durante a Operação

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

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

DATA: 10/08/19

P. ARTERIAL

PULSO

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

ALTURA

EXAMES DE SANGUE

GR. SANGÜÍNEO

HEMATIMETRIA

HEMOGLOBINEMIA

HEMATOCRITOS

GLICEMIA

DOS. URÉIA

EXAMES DE URINA

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

ELETROCARDIOGRAMA

SISTEMA CIRCULATÓRIO

ASMA

BRONquite

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ASA 1 E

SISTEMA URINÁRIO

SISTEMA DIGESTIVO

CORTICOIDES

ATARAXICOS

OUTROS

ESTADO MENTAL

FÍSICOS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

APLICADO AS

EFEITOS

PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES OSES)

TOTAL DE DOSES

AGENTES ANESTÉSICOS

OXIGÊNIO 15 to 2

LÍQUIDOS

SO-UTO 500
SANGUE 400
OUTROS 300
200
100

TEMPERATURA T

38

P. ARTERIAL V O PULSO

INÍCIO E FIM ANESTESIA X

INÍCIO E FIM OPERAÇÃO

RESPIRAÇÃO O

SEQUÊNCIA

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

DURAÇÃO

SÍMBOLOS

TÉCNICAS

OPERAÇÕES

CIRURGIÕES

ANESTESISTAS

José Ramalho Café R. Filho
Médico
CRM 4920

INCIDENTE - ACIDENTE

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

PARITICULARIDADES

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-07

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA** (Prontuário: 519302)
 Endereço: AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000
 Nascimento: 15/12/1996 Idade: 22a7m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735341
 Requisição: 986092 Solicitação: 10/08/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
 Controle: 1280880 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 10/08/2019

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL BIPARIETAL E BIFRONTAL COM ENFISEMA ASSOCIADO.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

OBS:

- EDEMA/HEMATOMA PERIORBITÁRIO À ESQUERDA.
- MATERIAL MUCÓIDE MAXILAR À DIREITA.

(RENAN

TERESINA - PI 10/08/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.863-15 2443 CRM

Profissional Responsável

**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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA** (Prontuário: **519302**)
Endereço: **AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000**
Nascimento: **15/12/1996** Idade: **22a7m28d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **735341**
Requisição: **986128** Solicitação: **10/08/2019** Solicitante: **THIAGO CARDOSO GUIMARÃES**
Controle: **1280967** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 10/08/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL NORMAL.

(RENAN

TERESINA - PI 10/08/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.863-15 2443 CRM

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/9022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA** (Prontuário: 519302)
Endereço: AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - FRANCINOPOLIS - PI CEP: 64520-000
Nascimento: 15/12/1996 Idade: 22a7m28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735341
Requisição: 986130 Solicitação: 10/08/2019 Solicitante: THIAGO CARDOSO GUIMARÃES
Controle: 1280975 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010036

Data Exame: 10/08/2019

T.C. DE COLUNA TORACICA

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA COMPRESSIVA DOS CORPOS VERTEBRAIS DE T7 E T8.
- FRATURA DOS PROCESSOS ESPINHOSOS DE T6 E T7 E NAS LAMINAS DE T7 E A ESQUERDA EM T8.
- FRATURA DO PROCESSO TRANSVERSO DIREITO DE T6 E T7 E À ESQUERDA EM T8.
- PEQUENO HEMOTORAX BILATERAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 12/08/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARCUS FERNANDO SILVA MOURA** (Prontuário: 519302)
Endereço: AV ANTONIO BEZERRA 511 - CENTRO - FRANCINÓPOLIS - PI CEP: 64520-000
Nascimento: 15/12/1996 Idade: 22a7m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735341
Requisição: 986131 Solicitação: 10/08/2019 Solicitante: THIAGO CARDOSO GUIMARÃES
Controle: 1280977 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 10/08/2019

T.C. DE COLUNA LOMBAR

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS, LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES NORMAIS.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE PROTRUSÕES DISCAIS SIGNIFICATIVAS NOS NÍVEIS ESTUDADOS, SEJA DIFUSA OU LOCALIZADA.

OBS:

- ATITUDE ESCOLIOTICA LOMBAR DE CONVEXIDADE ESQUERDA.

(RENAN

TERESINA - PI 10/08/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Mareus Fernando S. Moura		519302	Ortopédica	230	108	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
		HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES		
	POA 2/2000			RAIXA REALIZADO DATA 10/08/19 TÉCNICO:		
10.08.19	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO					
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN					
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H					
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12 H					
7	TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8 H SN					
8	CURATIVO					
9	CCGG + SSVV					
Obs: Nauséas e vômitos em 10/08 Desobstrução da ferida Dr. Ren. das Chagas B. Sousa Ortopedia e Traumatologia CRM: 91920						

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 3.946.305 DATA DE
Emissão 29/10/13

NOME
MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

filiação
GERLANDIA MARIA DE SOUSA SILVA
GENIVAL MARTINS DE MOURA

NATURALIDADE
FRANCINÓPOLIS-PI DATA DE NASCIMENTO
15/12/1996

POC. ORDEM
CERT. NASC. 8037 L AII F 85V
EXP FRANCINÓPOLIS PI 31/03/97

TERCEIRA - PI
071.125.783-37

LEI Nº 7.118 DE 2008S - DECRETO Nº 88.200/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

CARTÃO DE IDENTIDADE

6551210

Marcus Fernando Silva Moura

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
071.125.783-37

Nome
MARCUS FERNANDO SILVA MOURA

Nascimento
15/12/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO