

Consulta processos - Processo Ju... x 0834424-64.2019.8.18.0140 - Pro... x Email - reinaldo filho - Outlook x Zimbra: Entrada (15) x +

ProOrd 0834424-64.2019.8.18.0140
IGOR DIAS PEREIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

8874828 - CONTESTAÇÃO (2705112 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 17/03/2020 12:10:10

17 Mar 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8874823 - CONTESTAÇÃO
 - 8874826 - CONTESTAÇÃO (2705112 CONTESTACAO 01)
 - 8874836 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2705112 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 8874941 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 8875143 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 8875145 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

12:10

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

8874299 - CONTESTAÇÃO

downloadbinano.seam

17/10

2705112 - CJ/2020-0112/INVALIDIZ

JOÃO BARBOSA

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08344246420198180140

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

PT 12:10 17/03/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08344246420198180140

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 **IGOR DIAS PEREIRA**, 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 **17/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **03/10/2018**.

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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, 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.

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)

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

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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, 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, foi constatada lesão conforme podemos verificar abaixo:

DADOS DO SINISTRO				
Número: 3180544945	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: IGOR DIAS PEREIRA	Data do acidente: 17/07/2018	Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: Múltiplas fraturas faciais com fratura cominutiva do arco zigomático e parede lateral da órbita à esquerda. Traumatismo crânio-encefálico com hematoma subgaleal fronto-temporal esquerdo.				
Descrição do exame médico pericial: Refere parestesia em hemiface esquerda e dor durante a mastigação. Discreta limitação dolorosa da abertura da boca.				
Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com fixação do complexo zigomático esquerdo com uso de placa e parafusos.				
Sequelas permanentes: Dano cranio facial				
Sequelas: Com sequela				
Data da perícia: 13/12/2018				
Conduta mantida:				
Observações:				
Médico examinador: Bergiel Barbosa Bezerra				
CRM do médico: 3909				
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
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total		10 %	R\$ 1.350,00	

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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve 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 **17/07/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais).**

ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGOR DIAS PEREIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08840

CONTA: 000000022561-2

Autenticação:

25CF23D7FE9F1D9868D1E100401F30462926C0DC412DA3B0B49540FD2FD938BE

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.

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.

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\$ 1.350,00 (UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

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.”

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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 a 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).

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

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

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:

- 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 março 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 a 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 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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 **IGOR DIAS PEREIRA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08344246420198180140.

Rio de Janeiro, 13 de março 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

**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: **3180544945**

Nome do(a) Examinado(a): **IGOR DIAS PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA ABAPA, 1996 - PLANALTO STA FE - Nazária - PI - CEP 64415-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PI**] **3526647**

Data e local do acidente: [**17/07/2018**] **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.

*Múltiplas fraturas faciais com fratura cominutiva do arco zigomático e parede lateral da órbita à esquerda.
Traumatismo crânio-encefálico com hematoma subgaleal fronto-temporal esquerdo.*

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

Refere parestesia em hemiface esquerda e dor durante a mastigação. Discreta limitação dolorosa da abertura da boca.

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 fixação do complexo zigomático esquerdo com uso de placa e parafusos.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Dano cranio facial

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):

Estruturas cranio faciais

% 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

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.



Bergiel Barbosa Bezerra
MÉDICO
CRM: 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419287/18

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

CPF: 070.987.163-59

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IGOR DIAS PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



IGOR DIAS PEREIRA : 070.987.163-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/11/2018
Nome: IGOR DIAS PEREIRA
CPF: 070.987.163-59

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

IGOR DIAS PEREIRA

Patricia Aleixo Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180544945

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

Data do acidente: 17/07/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA FACE (OSSOS MAXILARES + OSSO ZIGOMÁTICO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE DO OSSO ZIGOMÁTICO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180544945 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IGOR DIAS PEREIRA **Data do acidente:** 17/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA FACE (OSSOS MAXILARES + OSSO ZIGOMÁTICO).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE DO OSSO ZIGOMÁTICO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: #SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180544945

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

Data do acidente: 17/07/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Múltiplas fraturas faciais com fratura cominutiva do arco zigomático e parede lateral da órbita à esquerda. Traumatismo crânio-encefálico com hematoma subgaleal fronto-temporal esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Refere parestesia em hemiface esquerda e dor durante a mastigação. Discreta limitação dolorosa da abertura da boca.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com fixação do complexo zigomático esquerdo com uso de placa e parafusos.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Bergiel Barbosa Bezerra

CRM do médico: 3909

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180544945

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

Data do acidente: 17/07/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Múltiplas fraturas faciais com fratura cominutiva do arco zigomático e parede lateral da órbita à esquerda. Traumatismo crânio-encefálico com hematoma subgaleal fronto-temporal esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Refere parestesia em hemiface esquerda e dor durante a mastigação. Discreta limitação dolorosa da abertura da boca.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com fixação do complexo zigomático esquerdo com uso de placa e parafusos.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Bergiel Barbosa Bezerra

CRM do médico: 3909

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419287/18

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

CPF: 070.987.163-59

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IGOR DIAS PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

IGOR DIAS PEREIRA : 070.987.163-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/11/2018
Nome: IGOR DIAS PEREIRA
CPF: 070.987.163-59

IGOR DIAS PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: IGOR DIAS PEREIRA

Nº Sinistro: 3180544945

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

Data do Acidente: 17/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180544945**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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 13660705



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: IGOR DIAS PEREIRA

Sinistro: 3180544945

Vítima: IGOR DIAS PEREIRA

Data do Acidente: 17/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180544945** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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 13673239





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Igor Dias pereira		CPF titular da conta 070.987.163-59	Profissão Atendente Geral
Endereço Rua Abaça		Número 1996	Complemento
Bairro Planalto Santa Fé	Cidade Teresina	Estado Piauí	CEP 64.000-000
E-mail		Telefone (DDD) 86 3227.9131	

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

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRO	
Igor Dias pereira			
AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
8840		22561.2	570
(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 06 de outubro de 2018

Local e Data

Igor Dias pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Igor Dias pereira

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Itaucard20

interatlantico

Itaú



500000

5242 8415 1182 4134

04/26

RAOZ DIAS PEREIRA

interatlantico

PG 13 10/01/01 0014

aplicação

cartão

8840 22561 2 510

1613339

interatlantico

interatlantico

Cartão de identificação
para o sistema de pagamento

Interatlantico

Interatlantico

Interatlantico

Interatlantico

Interatlantico

Interatlantico

Interatlantico

Interatlantico

Interatlantico



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003493/2018-35

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Esp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 03/10/2018 - 09:59

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA MARIA ARAUJO, Nº: 2804

Complemento

Data/Hora

17/07/2018 - 00:50

codos

Bairro

SANTO ANTÔNIO

Inu.

Ponto de Referência

ELETROBRÁS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: IGOR DIAS PEREIRA (22 ANOS)

RG: 3526647 SSP PI

Mãe: IVONE DIAS PEREIRA

Endereço: RUA ABAPÁ, Nº 1996

Bairro: SANTA FÉ

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

Boletim de ocorrência



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/CG150 FAN ESDI, COR VERMELHA, PLACA PID-2761-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO AO DESCER UMA LADÉIRA PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HUT (PRONTUÁRIO 482506). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francieleide Lima
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Igor Dias Pereira
IGOR DIAS PEREIRA (22 ANOS) - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

RECEBIDO

13 NOV 2018

Seguradora Lider DPVAT

Estado
Prefe

Comprovação de ato declaratório

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMUSAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo da ocorrência				
	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 Vítimas	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	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 8 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais		Radial ☐ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
Hospital de Destino	29 Dor		30 Fratura		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)
	1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐		1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐		
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		1 - Sim 2 - Não Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte ☐		
Observações Interdisciplinar: Paciente com trauma aberto em face, grande lesão na boca com sangramento importante e suspeita de perda de dente + lesão aberta na região abdominal esquerda, desorientado e agitado.					
Responsável pela recepção		Socorristas		Enfermeiro	
CRM 111.638 Médico		AETE		Condução	

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IGOR DIAS PEREIRA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08840

CONTA: 000000022561-2

Autenticação:

25CF23D7FE9F1D9868D1E100401F30462926C0DC412DA3B0B49540FD2FD938BE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, IGOR DIAS PEREIRARG nº 3-526-647, data de expedição 12/11/14, Órgão Teresina-PI

CPF nº 070.987.163-59, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Abapã 199</u>
Número	<u>1996</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bairro Urbano. planalto Santa Fé</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.000-000</u>
Telefone de Contato	<u>86 - 3227-9131</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina 06 outubro 2018Assinatura do Declarante: x IGOR DIAS PEREIRA



Para consulta com a
Eletrobras, informe
este número

SEU CÓDIGO

0429598-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.340/0001-00 | Ins. Estadual: 15.201.353-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto instituído pela Lei nº 06/98

Nº da Nota Fiscal 012162078

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi estabelecida pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

PERÍODO DE FATURAMENTO	DATA DE VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	18/10/2018	133	123,46

ELIZETE FERREIRA DA SILVA
R. ABAPA 1996 1996 B-URBANO
CPF: 00094851166320
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DE LEITURAS		DADOS DE LEITURAS	
Atual:	16596	Atual:	10/10/2018
Anterior:	16463	Anterior:	11/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	12/11/2018
Consumo Medido:	133	Emissão:	09/10/2018
Consumo Faturado:	133	Aprovação:	10/10/2018
	FCAM		

Modo de Pagamento: NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fin.	Módulo 13 meses
RESIDENCIAL	RES	1225814		1.1.1.1	169

PERÍODO DE FATURAMENTO	CONSUMO (KWH)	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR (R\$)
SET/18	122	CONSUMO	110,82
AGO/18	164	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	9,64
JUL/18	67	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00	0,34
JUN/18	177	MULTA POR ATRASO 09/18-00	2,05
MAI/18	164	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00	0,51
ABR/18	157	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,64	
MAR/18	203		
FEV/18	190		
JAN/18	99		
DEZ/17	262		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 133 - R\$ 684,990

LIGUE 0800 086 0800 PARA FAZER OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09/10/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO FAAS. 6499.C11C.D979.909B.7F02.B11D.47CF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TAXAS - R\$	
Distribuição:	80,55	Base de Cálculo:	110,82
Energia:	0,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Tarifa Social:	0,00	Valor do ICMS:	24,40
Outros:	0,00	Valor do PIS:	1,09
TOTAL:	80,55	Valor do COFINS:	5,08

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TERESINA 08/2018 47,83



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.340/0001-00 | Ins. Estadual: 15.201.353-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0429598-6	123,46
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2018	18/10/2018
Nº da Nota Fiscal:	012162078 FCAM

Documentação médico-hospitalar



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Isaac Dias Pereira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 482506

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 Radenção - Fone: 86 3218 3145
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.521.913/0001-02

Imp: 17/07/2018 18:34:41

(User: MARILENE SIQUEIRA)

(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: IGOR DIAS PEREIRA		Prontuário: 482506
Mãe: IVONE DIAS PEREIRA	Pai: _____	
End. Resid.: RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 21/05/1996	Idade: 22a1m27d	Sexo: Masculino Fone: 86-94328-089
Responsável: ROBERTA FERREIRA DA SILVA	CNS: 698050067485245	
Profissão: _____	Documento: CPF: 070.987.163-59	
E. Instrução: Não informado	E. Civil: Casado(a)	
End. Local: _____		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 674828	Data: 17/07/2018 18:28:35	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: MAL SÚBITO/MAL ESTAR		Convênio: S U S
Id. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: _____

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Mecanismo do trauma significativo	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: PACIENTE ENCAMINHADO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA. HÁ + 24H. SEM USO DE CAPACETE. COM RELATO DE FERIMENTO EM FACE, RNC, FEBRE E ESCORIAÇÕES.		Profissional Clas. Risco: MARILENE SIQUEIRA SILVA COREN: 383564 Imp: 17/07/2018 18:34:40	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: _____:_____)

Paciente encaminhado para avaliação de neurologico, há 15 horas sofreu acidente de moto, sem uso de capacete.

A- Vias aéreas permeáveis, cervical estável.

B- Boa respiração, ausculta pulmonar normal.

C- Sem sangramento ativo, SaO₂: 87%.

D- Glasgow 9

E- Escoriações múltiplas em face

PA _____ X _____ mmHg Pulso: **143** FC: _____ bpm Temp: _____

Diagnóstico inicial: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Catele O₂ 3L/min

TC crânio

Dipirona 500 mg 2cc + AD, EV (17)

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internação, indicar o Procedimento e CID

DATA: **17/07/2018** HORA: _____

Procedimento: _____ CID: _____

Roberto Ferreira da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Edna Faria S. R. A.
Assinatura - Profissional Médico
CRM: _____

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

Imp: 17/07/2018 18:34:51

(MARILENE SIOUEIRA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGOR DIAS PEREIRA		Prontuário: 482506	
Mãe: IVONE DIAS PEREIRA		Pai:	
End. Resid.: RUA ABRA 1996 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 21/05/1996	Idade: 22a1m27d	Sexo: Masculino	Fone: 86-94328-029
Responsável: ROBERTA FERREIRA DA SILVA		CNS: 898050067485245	
Profissão:		Documento: CPF: 070.987.163-59	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 674828	<u>Data:</u> 17/07/2018 18:28:35	<u>Clas. Cor:</u> Laranja
<u>Motivo da Procura:</u> MAL SÚBITO/MAL ESTAR		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1 : ESPECIALISTA:
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: 100
100
100
 Carimbo/Assinatura Solicitante
 DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1 :
100
100
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Data/Hora Solicitação: 18/07/18 : 08:57 ESPECIALISTA: Carimbo/Assinatura Solicitante
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Exame TC Torax
 DADOS DO PARECER: Data/Hora: 18/07/18 08:57
 Pac. vit. residente em localidade. Apente adeno em região periferica
 equidistante parietal esquerda. Pac. aparentemente fase de crescimento.
 A exame TC Torax foi verificado fratura de membrana lateral
 e fratura de arco superior do esterno. Lesões pulmonares
 evidentes. A base do pulmão
 lesão: avaliação após 24 horas.
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: Carimbo/Assinatura

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	IGOR DIAS PEREIRA	PRONTUÁRIO	482506
DA CLÍNICA	NCR	LEITO	216-154
À CLÍNICA	BUCCO		

MOTIVO DA CONSULTA

Pelo ex. contem de meu zygomatico nasal
sintetizado pela BUCCO no 14/07/18 a qual
problema para os sintomas 24h de dor
notável sintoma com

DATA: 20/07/18

Dr. João Paulo Sousa Filho
Médico
2018-07-20

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

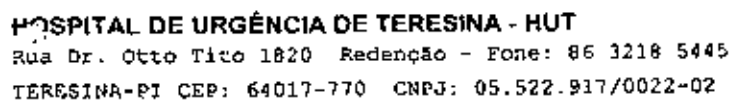
PARECER

* Paciente vítima de trauma;
* TC indica fratura de arco zigomático e sut frontozigomá-
tica.
Ed: aguardar lib da especialidade p/ intervenção
cirúrgica

João Paulo Sousa Filho
Médico
CONF. COM ORIGINAL

DATA: 20/07/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGOR DIAS PEREIRA		Prontuário: 482506	
Mãe: IVONE DIAS PEREIRA		Pai:	
End. Resid.: RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 21/05/1996	Idade: 22a1m27d	Sexo: Masculino	Fone: 86-94328-089
Responsável: ROBERTA FERREIRA DA SILVA		CNS: 898050067485245	
Profissão:		Documento: CPF: 070.987.163-59	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:	
<u>Código:</u> 674828	<u>Data:</u> 17/07/2018 18:28:35
<u>Clas. Cor:</u> Laranja	
<u>Motivo da Procura:</u> MAL SÚBITO/MAL ESTAR	<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1/____ : ____ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Não (2213-1930)

SOLICITANTE

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

CARIMBO

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Data/Hora Solicitação: ____/____/____ : ____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

ESPECIALISTA:

[Handwritten signature]

CARIMBO/ASSINATURA SOLICITANTE

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 18/07/18 08:59

Pac. vit. acutente, imbecilidade. Apresenta adeno em região periferica
regiões periorbitais espessadas, por espessamento por desidratação.
A exam. T. For. por espessamento dos meninges e lobos
e por espessamento do corpo calcarial e bordas clinicas speci-
ficamente e adeno atenuado.
Verdicto: avaliação após 24 horas.

Car. José Carlos Gomes Filho
Prof. Parecer



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 292001800	Nº REGULAÇÃO: 33971	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: NEUROLOGIA		
PACIENTE: IGOR DIAS PEREIRA		NASCIMENTO: 21/05/1996

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO A CERCA DE 15 HORAS, SEM USAR CAPACETE, APRESENTA FERIMENTO DE FACE E ESCORIAÇÕES EM TRONCO. ACOMPANHANTE INFORMA REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA DESDE O MOMENTO DO ACIDENTE. SOLICITO AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): OUTR TRAUM DA CABECA E OS NE			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 150x90(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 90bpm	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 17/07/2018 17:48:00
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

[Handwritten signature]
DIRETORIA DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
CRM 21.100
Jorge Simão Lima Dias e Souza
Assessor Técnico - 042.17
CONFERE COM O ORIGINAL



218838

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

113095

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 218838
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IGOR DIAS PEREIRA			6 - Prontuário: 482506	
7-CNS: 898050067485245	8-Nascimento: 21/05/1996	9-Sexo: Masculino	CPF: 070.987.163-59	
11-Mãe: IVONE DIAS PEREIRA				12-Fone: 86-94328-089
13-Resp: ROBERTA FERREIRA DA SILVA				14-Cor: Parda
15-Ende: RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE - CEP: 64000-010				
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima TCE, sem lesões aparentes por TC crânio, no entanto, em RNC, Glasgow 10, febre, sem melhora do nível CS, piora estado geral + contusão pulmonar.

21 - Condições que justificam a internação:

- As Acima Citadas.

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

- As Acima.

23-Diagnóstico Inicial:

Outros traumatismos intracranianos

24-CID Prim: **S068**

25-CID Sec.:

26-CID T. Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: **0303040092** 27-Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)**

29-Clinica: **02 01** 30-Caráter: Ident.: **01** 31-Docum.: **CPF** 32-Doc. Méd. Solic.: **839.382.143-68**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

ERICA PATRICIA SOUSA REIS MENESES

34-Data Solicitação:

18/07/2018

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

Dr. Marcus Vinícius dos Santos
CRM: 3950

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Serie:
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-Documento:	49-Num. Documento:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
() CNS () CPF		
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (LARISSA APAGAO)	Consulta Local: 674028
<i>Renildo Silva de Carvalho</i>	Consulta SUS:	Impressão: 18/07/2018 00:18:22

NÓDO OIC

BUCO OIC

CIEVQ 1A CCEAL



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HUT DR. ZENY ROCHA
TOMOGRAFIA DE CABEÇA
EXAME TORAX + abdome - op
DATA: 10.2.18 07-2018

HUGO DE OLIVEIRA

H.U.T. HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: IGOR DIAS PEREIRA

NASCIMENTO: 20/03/1995 (23 ANOS)

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA #TCE + TRAUMA DE FACE #	PRONTUÁRIO O 482506 QUANT.	CLÍNICA EMERGÊNCIA	ENF ou APT SALA VERDE	LEITO	MÉDICO ASSIST.
17/07/18	1) DIETA ORAL, LÍQUIDO-PASTOSA					
	2) RESTRIÇÃO HÍDRICA 500 ML/DIA (Sua urina)					
	3) SF 0,9% 1000 ML, EV, PARA 24 H					
	4) RANITIDINA 50 MG/2 ML - 01 AMP + AD 18 ML EV LENTO 8/8 H					
	5) HEPARINA NÃO FRACIONADA 5000 UI/0,25 ML - 01 AMP SC 12/12 H					
	6) GLICEMIA CAPILAR 6/6 H					
	7) INSULINA REGULAR, SC, CONFORME GLICEMIA:					
	< 180 MG/DL = NÃO FAZER					
	180 - 199 MG/DL = 02 UI					
	200 - 249 MG/DL = 04 UI					
	250 - 299 MG/DL = 06 UI					
	> 299 MG/DL = 08 UI					
	8) GLICOSE 50% - 40 ML EV SE GLICEMIA < 80 MG/DL					
	9) DIPIRONA 500 MG/ML - 02 ML + AD 08 ML EV					

PRESCRIÇÃO MÉDICA

#TCE + TRAUMA DE FACE #

PRONTUÁRIO

O 482506

QUANT.

CLÍNICA

EMERGÊNCIA

ENF ou APT

SALA VERDE

LEITO

MÉDICO ASSIST.

RELATÓRIO ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

HORÁRIO

01:45 Glicemia Capilar 151 mg/dL

02:00 - T: 37,8°C

transf. Heparina 5000 UI

Ente. 04/16/911

COREN: 000.416.911

CONFÉLIE

CONFÉLIE

CONFÉLIE

CONFÉLIE

José Cícero G. Ribeiro
Médico
CRM-PE 1880

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Adm. Kios Pereira IDADE _____ anos DATA 24.07/2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA ☒ GERAL ☐ RAQUE ☐ BLOQUEIO ☐ PERIDURAL ☐ SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA prot. zigoma CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>134/80</u>	<u>128/79</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>77</u>	<u>80</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Salute</u>	<u>Salute</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>09</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.	<u>[Signature]</u> Sônia Quintana do Prado CRM-PI 312.732-007		<u>[Signature]</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
17h: Admissão na SRPA, com rot. prot. zigoma, sob efeito de anestesia geral consciente, agitado, fô-
vaco. Expulso - respira em, exte. - vive - sem queixas.17:30h: Acum. alto, gástrico, exte. -[Signature]
[Signature]
[Signature]RAIO-X REALIZADO
DATA 24.07.2018
Técnico: [Signature]PRESCRIÇÃO MÉDICA
ALTA SRPA
Dr. Luiz Manoel D. de Castro
Anestesiologista
CRM - 3183
ANESTESIOLOGISTAENCAMINHAMENTO ☐ EXTERNO ☐ SALA DE GESSO ☐ IMAGENS E GRÁFICOS ☐POSTO: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ EMERGÊNCIA PED. UTI: ☐ PED ☐ NEURO ☐ GERAL ☐ 4 ☐ QUEIM. CLÍNICA: ☐ PED ☐ JORT ☐ JNEU ☐ JCIR ☐ JMÉD



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 3045

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.521.914/0001-02

Imp: 17/07/2018 18:34:41

[User: MARILENE SIQUEIRA]

[Estação: ACCR01]

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	IGOR DIAS PEREIRA	Prontuário:	482506
Mãe:	IVONE DIAS PEREIRA	Pai:	
End. Resid.:	RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	21/05/1996	Idade:	22a1m27d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-94328-089
Responsável:	ROBERTA FERREIRA DA SILVA	CNS:	898050067485245
Profissão:		Documento:	CPF: 070.987.163-59
G. Instrução:	Não informado	E. Civil:	Casado(a)
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	674828	Data:	17/07/2018 18:28:35	Condução:	VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura:	MAL SÚBITO/MAL ESTAR			Convênio:	S U S
Id. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
CID Secundário:					

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
PACIENTE ENCAMINHADO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA. MÁ + 24H. SEM USO DE CAPACETE. COM RELATO DE FERIMENTO EM FACE, RNC, FEBRE E ESCORIAÇÕES.	MARILENE SIQUEIRA SILVA COREN - 383564 EM 17/07/2018 18:34:40		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Paciente encaminhado para avaliação de neurológica, há 15 horas sofreu acidente de moto, sem uso de capacete.

A- Vias aéreas permeáveis, cervical estável

B- Boa respiração, ausculta pulmonar normal

C- Sem sangramento ativo, SpO2: 87%

D- Glicemia 9

E- Escoriações múltiplas em face

PA	X	mmHg	Pulso:	143	FC:		bpm	Temp:		
Diagnóstico inicial:									Cid:	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Ox 3L/min

TC crânio

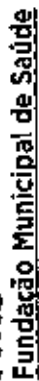
Dipirona 500 mg 2cc + AD, EV

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	1/1	HORA:		Se internação, indicar o Procedimento e CID	
				Procedimento	CID

Roberto Ferreira da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico
Dr. Carlos Victor Sousa Rodrigues
Médico
CRM-PI 4892
6303N40092 5068



—

[illegible]

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE TIGOR DÍAS ROSIRE	PRONTUÁRIO 482506	D. NASCIMENTO	CLÍNICA 9.09	END. ou APT. 223	LEITO 6XT
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES Fratura do Zígar maxilar	ALERGIAS				
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 24/07/12 HORA: 12h	HORÁRIO				
Pos - o posterior	OBSERVAÇÕES				
CD Dieta postore. ✓					
① SF 0.9% 500 ml	(11)				
② Caf Piazom 18 12/12 h EV.	Done				
③ Tilulil 20mg 12/12 h EV	Done				
④ Decalbol 4mg 12/12 h EV	Done				
⑤ Dipirone 2cc + AD EV 5/12h	Done				
⑥ Paracetamol 50mg 12/12 h EV	Done				
Dr. Marcos Antônio de Sousa Cirurgião, R. de São Paulo 240, J. 1 CNPJ: 07.000.000/0001-91 Dr. José de Lima Cirurgião, R. de São Paulo 240, J. 1 CNPJ: 07.000.000/0001-91 COPIA ORIGINAL					

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 113095	
	AIH: 2218100447640	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5628856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5628856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS S98050067485245	NOME DO PACIENTE IGOR DIAS PEREIRA	NASCIMENTO 21/05/1996	SEXO M	PRONTUÁRIO 482506
DOCUMENTO CPF 8632279121	TELEFONE 8632279121	NOME DA MÃE IVONE DIAS PEREIRA	RESPONSÁVEL ROBERTA FERREIRA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
BAIRRO SANTA FE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE COM REBAIXAMENTO DE NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/AGLAW 10+TCE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO

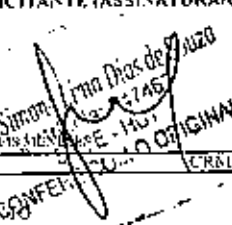
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S06.8 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0303040992 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO

LEITO/CLÍNICA CLÍNICA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))  ERICA PATRICIA SIQUEIRA CPF: 83038214388
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 17/07/2018
DATA ADMISSÃO 17/07/2018 18:28	DATA ALTA 24/07/2018 16:00
MOTIVO ALTA PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNP/SEGURODORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNP/DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR(ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CARLOS FRANCISCO ALMEIDA DE OLIVEIRA CRM: 19949017391	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRÔLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 01/08/2018 13:06:45
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/07/18

NOME DO PACIENTE: <u>Igor Dias Pereira</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>482506</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>geral</u>	Nº DA SALA: <u>07</u>
CIRURGIÃO: <u>Martins</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>est.</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Rodrigo / Coio</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Desterro</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 11	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	—		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	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	1ml.		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	02	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	02		<u>Crepom</u>	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 5.0		01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 3.0		01		CIRCULANTE: <u>6/av.</u>			
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>João Dias Pereira</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>fratura do osso zigomáxila</u>		
Operação - Tipo <u>osteossintese da fratura do osso zigomáxila</u>		
Cirurgião <u>MATIAS</u>	1º Assistente <u>Edson</u>	
2º Assistente <u>Edson</u>	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>O.M.A.U</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

Jane Simão Lima Dine de Sousa
1º Assistente
Cirurgião
C.R.C. 12.724
C.R.C. 12.724
C.R.C. 12.724

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Antes da fac + colocação do
cabo + uso intracanal da fac
do pilar zigomáxila + colocação do
Mucoperiosteal + colocação do Mucoperiosteal
facial + colocação + Sutura + fechamento

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião: Buco-Maxilo Facial
C.R.C. 12.724

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 115048
	AIH: 2218101551920

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS R98050067485245	NOME DO PACIENTE IGOR DIAS PEREIRA	NASCIMENTO 21/05/1996	SEXO M	PRONTUÁRIO 4K2506
DOCUMENTO CPF	TELEFONE 8632279131	NOME DA MÃE IVONE DIAS PEREIRA	RESPONSÁVEL ROBERTA FERREIRA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE
BAIRRO SANTA FE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA DE FACE/LAGOW 10%TC

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

EXAMES FORAM REALIZADOS CORTES AXIAIS DE 5 E 10MM DE ESPESSURA DA BASE À CONVEXIDADE DO CRÂNIO NO PLANO CANTO-MEATL RELATÓRIO: EDEMA/HEMATOMA SURGAL/AL. FRONTO-TEMPORAL ESQUERDO - FRATURA COMINUTA NO ARCO ZIGOMÁTICO E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA A ESQUERDA - PARENQUIMA 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 - MÚLTIPLAS FRATURAS NOS OSSOS DA HEMIFACE ESQUERDA.

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

1M04020704 - OSTEOSINTESE DA FRATURA DO OSSO ZIGOMÁTICO

LEITO/CLÍNICA

CLÍNICA GERAL

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

24/07/2018

DATA ADMISSÃO

24/07/2018 16:00

DATA ALTA

25/07/2018 16:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

ERICA PATRICIA
CPE 22218101551920

CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

Tipo acidente CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

ERICA PATRICIA
CPE 22218101551920

CRM:

DATA ANALISE: 02/08/2018 17:34:17

CPI

CRM:

DATA ANALISE:

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO/AUDITORIA

ASSINATURA DO PACIENTE OU 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: **IGOR DIAS PEREIRA** (Prontuário: 482506)
 Endereço: RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 21/05/1996 Idade: 22a1m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 674828
 Requisição: 856134 Solicitação: 17/07/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1059254 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 17/07/2018

T.C. DE CRÂNIO

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

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO-TEMPORAL ESQUERDO.
- FRATURA COMINUTA NO ARCO ZIGOMÁTICO E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA À ESQUERDA.
- PARENQUIMA 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.: MÚLTIPLAS FRATURAS NOS OSSOS DA HEMIFACE ESQUERDA.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 17/07/2018

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IGOR DIAS PEREIRA** (Prontuário: 482506)
 Endereço: RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 21/05/1996 Idade: 22a2m23d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 219240
 Requisição: 858159 Solicitação: 24/07/2018 Solicitante: MATIAS ARAUJO DA SILVA
 Controle: 1061829 Convênio: S U S CLINICA CIRURGICA - P09 ENFERMARIA 223 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204010144

Data Exame: 24/07/2018

SEIOS DA FACE

O estudo radiológico da face foi realizado em duas incidências.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- Seios frontais de transparência normal
- Células etmoidais anatômicas
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na parede lateral do seio maxilar esquerdo.

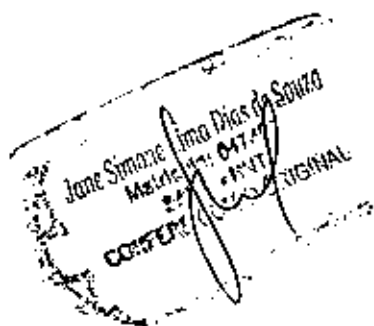
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 13/08/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Igor Dias Pereira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 482461

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: 85 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ENCAMINHAR ASUTUR...
BICOM...
Cadastrado
Risco Of
SUS SUS

Imp: 17/07/2018 02:21:17

(Gêr: RAISUN... SOARES)
(Estação: RECEPÇÃO)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	IGNORADO	IGOR DIAS PEREIRA	Prontuário:	482461
Mãe:	NAO INFORMADO	Pai:	NAO INFORMADO	
End. Resid.:	ENCONTRADO NO BAIRRO SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento:	01/04/1993	Idade:	25a3m16d	Sexo: Masculino Fone:
Responsável:	O MESMO	CNS:		
Profissão:	NAO INFORMADO	CPF:		* RG:
G. Instrução:	Não informado	E. Civil:	Ignorado	
End. Local:				

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	674744	Data:	17/07/2018 01:58:58	Condução:	AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Típico:	Não
				CID Secundário:	V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente trouxe pela SAMU, vítima de acidente de moto, inconsciente. A essa altura, com coloração amarelada e prurido na região. Bifurcação pulmonar não avaliada (na colaboração) Dat 18. O sangramento ativo na pele, com odor indolente; pulso arterial (Deferente) e, pupila reativas e fotossensíveis. (E) eritema na face e dorso, ombro esquerdo, luxação de humero inferior.

HUT DR. ZENON ROSA
TOXICOLOGIA COMPUTADORIZADA

PA	X	mmHg	Pulso:	chuído	FC:	120	CC:	10	TA:	17/07/18	CID:	V299
Diagnóstico Inicial:												

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicito TC de crânio, TC de tórax e TC de abdômen.

ALTA:

- | | |
|----------------|----------------------|
| () Melhorado | () Administrativa |
| () Curado | () Por Indisciplina |
| () Inalterado | () Por Evasão |
| () A Pedido | |

ÓBITO:

- | | |
|-------------------|------------------|
| () Até 24 hs | () Família |
| () De 24 a 48 hs | () IML |
| () Após 48 hs | () Anat. Patol. |

DESTINO:

- | |
|-----------------------------|
| () Retornar à Unid. Origem |
| () Transferência: |

DATA SAÍDA:

HORA:

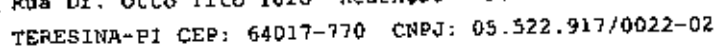
() Internação na Unidade
Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Cerimbo - Assinatura - Profissional - BE



(REIMJNDA SOARES)

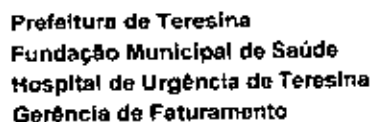
Data/Hora Solicitação: 17/07/18 **ESPECIALISTA:** Dr. José Carlos O. Gomes Filho

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente apneico, não oxigenado, FC 82 nasal 02: 37%, glogow: 14
estável hemodinamicamente, RX do Tórax sem alterações, obtusidade sinusal de 1
parte, pulmões estáveis

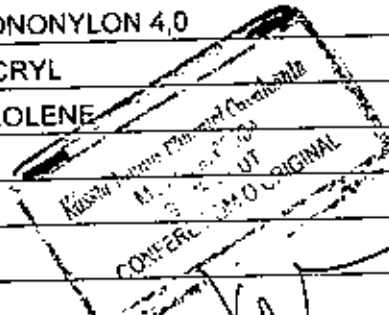
CD: Atta cirúrgica
Realizada Atua + RTB Domiciliar

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 17/07/18 14:00 # CTBME
Pefe vítima de acidente motociclístico apresentando fratura do CO2m
e fratura em lábio inferior, não colaborativo ao exame clínico
mandíbula rígida + color cervical e lábios nasais.

CONDIÇÃO: Assimilação liberada da demanda especializada Dr. José Carlos O. Gomes Filho
Para reavaliação pela CTBME - 02 Examinar a sala de Emergência
da BME.



Rua Otto Tito 1820 - Bairro Redenção - Teresina - Piauí - CEP: 64.017-775



**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: **IGOR DIAS PEREIRA** (Prontuário: 482461)
 Endereço: ENCONTRADO NO BAIRRO SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 21/05/1996 Idade: 22a3m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 674744
 Requisição: 855971 Solicitação: 17/07/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1059077 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 17/07/2018

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

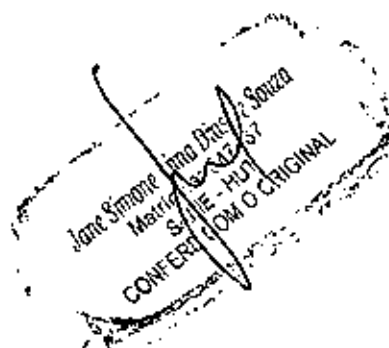
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/09/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1020 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **IGOR DIAS PEREIRA** (Prontuário: 482461)
Endereço: **ENCONTRADO NO BAIRRO SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: **21/05/1996** Idade: **22a3m29d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **674744**
Requisição: **855971** Solicitação: **17/07/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: **1059078** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 17/07/2018

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO – FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFESE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 19/09/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Jorge Simão de Almeida Dias
Matrícula: 04747
SANTO ANTONIO
CONFERE C. O ORIGINAL

**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: **IGOR DIAS PEREIRA** (Prontuário: 482461)
Endereço: **ENCONTRADO NO BAIRRO SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: **21/05/1996** Idade: **22a1m27d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **674744**
Requisição: **855972** Solicitação: **17/07/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: **1059079** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 17/07/2018

T.C. DE COLUMA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- 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.
- FORAMES NEURAI AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/07/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

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: **IGOR DIAS PEREIRA** (Prontuário: 482461)
 Endereço: ENCONTRADO NO BAIRRO SANTO ANTONIO - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 21/05/1996 Idade: 22a1m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 674744
 Requisição: 855974 Solicitação: 17/07/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1059081 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 17/07/2018

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA 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.
- FRATURAS NA FACE COM HEMOSSINUS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/07/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

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

Prontuário:

482506

Internação:

218838

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGOR DIAS PEREIRA				
End. Resid.: RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE				
Cidade: TERESINA - PI			CEP: 64000-010	
Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	21/05/1996	22alm29d	Casado(a)	
Admissão:	G. Instrução:	Fone:	Cartão SUS (CNS):	Procedência:
17/07/2018	Não informado	86-94328-089	898050057485245	TERESINA
Pai:			Mãe: IVONE DIAS PEREIRA	
Responsável: ROBERTA FERREIRA DA SILVA				
End. Responsável: RUA ABAPA 1996 - CONJ. SANTA FE				
TERESINA - PI			64000-010	
Documento: CPF: 070.987.163-59				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):				
MAL SÚBITO/MAL ESTAR				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data:	Hora:	Data:	Hora:	
18/07/2018	18:28	25/07/18	08:00	SALA VERDE
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: 0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)				
CID 10: S06B - Outros traumatismos intracranianos				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: <i>Fixação de fratt. do COZM E</i>				
CID 10: <i>S02.4</i>				
Tratamento Realizado:				
<i>Parafusos. Fixação do COZM E com placas e</i>				
Exames Realizados:				
<i>TC de face, Hemograma, coagulograma</i>				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

25-07-18
Data

Dr. José Carlos O. Gomes Filho
CIRURGIÃO BUCOMAXILO-FACIAL
IMPLANTODONTIA
CRM 12720

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.526.647 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/14

HOME

IGOR DIAS PEREIRA

FILIAÇÃO

IVONE DIAS PEREIRA

NATURALIDADE

TERESINA-PI

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 256840-1326A F 70V

EXP. TERESINA-PI 28/12/09

TERESINA-PI

070.987.163-59 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.110-DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JORGE DE DEUS MARTINS

POLEGAR DIREITO

1991 Dias Pereira

0100044

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE