

Controle de docum x Audiências x Upload x Acesso 1º Grau - Pi x Consulta processo x 0826395-25.2019.8 x Merge PDF files on x + -

Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=320119&ca=e3a6ed22f56a579... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

**PJe** ProceComCiv 0826395-25.2019.8.18.0140  
LUIZ VIEIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO D...

11207710 - CONTESTAÇÃO (2739401 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/08/2020 11:35:52


07 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11207709 - CONTESTAÇÃO
  - 11207710 - CONTESTAÇÃO (2739401 CONTESTACAO 01)
  - 11207714 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 11207715 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 11207717 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)

downloadBinario.seam 1 / 10

2739401- C3/ 2020-02778/ INVALIDEZ

  
JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Ativar o Windows  
Acesse as configurações do computador para ativar o Windows.

Exibir todos

prot+cont.pdf c.pdf

11:36 07/08/2020



07/08/2020

Número: **0826395-25.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **03/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUIZ VIEIRA DA SILVA (AUTOR)		TIAGO LUIZ TEIXEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11207 714	07/08/2020 11:35	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO







Rua Sete de Setembro, 239/Sul • Teresina-PI • Fone/Fax: 3221-4748 / 3222-0890  
e-mail: clinicasaobernardo@yahoo.com.br

### #DECLARAÇÃO MÉDICA#

Declaro para os devidos fins de direito que Luiz Vieira da Silva, vítima de acidente motociclístico em 24/4/2017 apresentou fratura bicondilar no tornozelo direito e ao fim do tratamento médico e cirúrgico apresenta limitação funcional em torno de 50%.

CID 10 - S82.6

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

04 ABR 2018

DPVAT

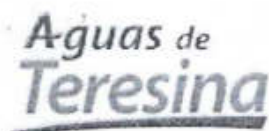
Dr. Flávio Manoel B. de S. Coutinho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI-3162

Teresina, 03 de abril de 2018

CLÍNICA MÉDICA • CARDIOLOGIA • GASTROENTEROLOGIA • GINECOLOGIA  
OBSTETRÍCIA • MEDICINA DO TRABALHO • NUTRICIONISTA • ORTOPIEDIA







AGUAS DE TERESINA SAN. SPE SA  
Telefone: 0800 223 2000  
CNPJ/MF 27.157.474/0001-06  
AVENIDA ODILON ARAÚJO, 1035  
TERESINA (PI) CEP 64017-280

Matrícula: 14143151-2  
Fatura nº: 151661951  
Referência: 12/2017  
Data de Vencimento: 08/01/2018  
Valor: R\$ 46,94  
Data de Emissão: 25/01/2018  
Hora de Emissão: 12:46:17

#### DADOS DO CLIENTE

MORADOR: LUIZ V DA SILVA  
PROPRIETÁRIO: LUIZ V DA SILVA  
CON RESID DIGNIDADE, Q-024-CASA-008-ANGELIM-TERESINA-PI-  
cep:64034400

MATRÍCULA: 14143151-2

GRUPO: 16

LOCALIZAÇÃO: 016-00027-000080

HIDRÔMETRO: A05L120243

ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA  
1 Residencial Normal

#### HISTÓRICO DE CONSUMO

Referência	Tipo	Leitura	Lido	Faturado	Data
06/2017	Mínimo	1405	0	11	
07/2017	Lido	1416	11	11	
08/2017	Lido	1428	12	12	
09/2017	Lido	1438	10	10	
10/2017	Lido	1448	10	10	
11/2017 (Anterior)	Mínimo	1448	0	10	24/11/2017
12/2017 (Atual)	Mínimo	1472	24	14	26/12/2017

Dias de Consumo: 32

Média Consumo Diário (m³): 0,3125

Média Consumo Mensal (m³): 10

#### FATURAS PENDENTES

Referência	Vencimento	Valor (R\$)
------------	------------	-------------

#### DESCRIÇÃO DOS ITENS FATURADOS

	Valor (R\$)
VALOR REFERENTE AGUA - 46,27	
> Residencial Normal	14m³ 46,27
JUROS POR ATRASO	10/2017 0,13
MULTA POR ATRASO	10/2017 0,54

Demais Lançamentos 0,00

**TOTAL A PAGAR 46,94**

#### MENSAGEM

Conforme Art. 2º da Lei 12.741 de 08/12/2012, informamos que sobre o valor da fatura incide os seguintes tributos: PIS e COFINS.

**NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.**

#### LEI 12.741/2012

PIS/PASEP = 46.94 \* 1.65% = 0,77

COFINS = 46.94 \* 7.60% = 3,56

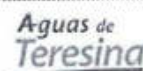
#### \*\*\* NOTIFICAÇÃO \*\*\*

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art.6, §3, inciso II.

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIAS	VALOR PERMITIDO
Cloro Livre	3126	3046	80	1.26	0.20-5.00 mg/L
Cor Aparente	3119	2923	196	0.92	Inferior a 15.00
Ph	3124	3021	103	6.84	5.00-9.50
Turbidez	3121	2926	195	2.08	Inferior a 5.00
Coliformes Tc	834	814	20	Ausente	Ausente

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIAS	VALOR PERMITIDO
Escherichia Coli	834	822	12	Ausente	Ausente

O pagamento desta fatura após o vencimento implicará em aplicação de multas e juros que serão cobrados na próxima fatura.



#### FATURA DO MÊS

FATURA: 12/2017 Nº 151661951

NOME: LUIZ V DA SILVA

MATRÍCULA: 14143151-2

VENCIMENTO: 08/01/2018

VALOR (R\$): 46.94

AUTENTICAÇÃO NO VERSO



2017-151661951-01-001-04-6



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 11:35:51

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080711355019500000010620438>

Número do documento: 20080711355019500000010620438



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Luiz Vieira da Silva

CPF da Vítima

837 973 603 63

Data do Acidente

24/11/2017

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Luiz Vieira da Silva

Email

CPF do Representante Legal

837 973 603 63

Telefone (DDD)

86-99997-0660

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

## Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

09 FEV 2018

DPVAT

Terreiros, 26 de Janeiro de 2018

Local e Data

Luiz Vieira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ORIGINAL

DALI001 V001/2017





Fundação Municipal de Saúde

**SUS**

17 577 205/0015 - 32  
UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde Nº 2810  
Renascença III -  
CEP 64082-110  
Teresina-PI



ATO DECLAR

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

S82-6

De: UPA	Para: HUT / HU / HRM
Luiz Viana de Silva	
Registro:	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
Paciente vítima de acidente de trânsito, apresentando fratura bilateral e torçoes D.	
TERESINA-PI 24/11/17	Dr. Tércio Dantas Mauro Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 25.24
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
PJ CORRETORA DE SEGUROS	
09 FEV 2018	
DPVAT	
TERESINA-PI	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo









**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

837973603-63

Nome completo da vítima

Rui Viana da Silva

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

Nome completo

Rui Viana da Silva

CPF titular da conta

83797360363

Profissão

Revisor

Endereço

Ed 24 Casa 08

Número

Complemento

Res. Dignidade

Bairro

Angelim

Cidade

Teresina

Estado

Piauí

CEP

64000-000

E-mail

Telefone (DDD)

86-99997-0660

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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**

☒ PRECISO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

NOME

NRO

AGÊNCIA

NRO

2004

DIV

CONTA

NRO

15898

DIV

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO

DIV

CONTA

NRO

(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.

09 FEV 2018

Teresina 26 de Janeiro de 2018

Local e Data

Rui Viana da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ORIGINAL

DPVAT

FAPPF.001 V001/2017





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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000412/2018-45

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 26/01/2018 - 16:50

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO  
Tipo Local  
VIA PÚBLICA  
Município  
TERESINA  
Endereço  
AV. MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº:  
Complemento

Data/Hora  
24/11/2017 - 04:25

Bairro  
CABRAL

Ponto de Referência  
ASSEMBLEIA LEGISLATIVA

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUIZ VIEIRA DA SILVA (61 ANOS)  
RG: 413872 SSP PI  
Mãe: RAIMUNDA VIEIRA DA SILVA  
Endereço: QD 24 CASA 08, Nº  
Complemento: RESIDENCIAL DIGNIDADE  
Bairro: ANGELIM  
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

#### Natureza(s) da Ocorrência

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

### RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/NXR150 BROS ES, COR VERMELHA, PLACA OED-3758-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM AUTOMÓVEL TOYOTA/ETIOS HB X, COR PRATA, PLACA PIH-9679-PI; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO CONDUTOR DO ETIOS E LEVADA PARA A UPA-RENASCENÇA (PRONTUÁRIO 102356); QUE, O REFERIDO ACIDENTE TEM COMO TESTEMUNHA JOAQUIM FERREIRA DA SILVA, RG: 529389 SSP-PI, RESIDENTE NA QD 24 CASA 07, RESID. DIGNIDADE, ANGELIM. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

*Francileude Lima*  
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629  
AGENTE DE POLÍCIA

*Luiz Vieira da Silva*  
LUIZ VIEIRA DA SILVA (61 ANOS) - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ VIEIRA DA SILVA

Sinistro: 3180071772

Vítima: LUIZ VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2017

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 3180071772** 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](http://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**

Pag. 0176101762 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12631778





Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ VIEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180071772

Vítima: LUIZ VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 24/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180071772**.

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 12379661

Pag. 00589/00590 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030295



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ VIEIRA DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180071772  
Vítima: LUIZ VIEIRA DA SILVA  
Data do Acidente: 24/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180071772**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**

Pag. 0169/01692 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12405595



# 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:	19/04/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

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

CLIENTE: LUIZ VIEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000015898-0

---

---

Nr. da Autenticação 07426A485C9930F8





**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente <u>Luiz Vitoria Junior</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>fratura bimalar da tibia</u>		
Operação - Tipo <u>OSTEOSTOMIA (RMP)</u>		
Cirurgião <u>Dr. Leocádio Soares</u> ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM-PI 4468 - TEOT 12409		1º Assistente <u>Jr. Borges</u>
2º Assistente		3º Assistente
Instrumentador(a) <u>Jacksony</u>	Anestesista <u>Jr. FERNANDA</u>	Anestesia <u>Raque</u>
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>25/11/17</u>	Início <u>16:20</u>	Fim <u>17:10</u>
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1) Paciente em ASA, sob anestesia com MID ganstático.
- 2) Anestesia + anti-embolia com compressas.
- 3) Incisão lateral + dissecção + RAAF com paraf. inter. + placa 1/3 tibia 6 fur.
- 4) Incisão medial + dissecção + RAAF com 2 paraf. + paraf. inter.
- 5) LMC com SRAO, 9V. + Sutura + Curativo.
- 6) Retirada da goma com BPD.
- 7) A SRAA

Dr. Leocádio Soares  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI 4468 - TEOT 12409  
Mod. 76 HUT







# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/11/2017

NOME DO PACIENTE:	Luiz Vieira da Silva	PRONTUÁRIO Nº:	420286
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	Trat. cirúrg. pat.
ANESTESIA:	Dr. Leônidas Soares	Nº DA SALA:	06
CIRURGIÃO:	Dr. Leônidas Soares	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Dr. Bonfim	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Fernanda	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Jacksony	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	-	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500 ml	UNID.	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			Cateter 02		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Elutidos -		05 unid.	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Escovas -		03 unid.	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Faixa de suture -		02 unid.	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Algodão ortopédico		02 unid.	
ALCOFIL				Crepom -		03 unid.	
MONONYLON 2.0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 0		01		CIRCULANTE:			
PROLENE				Solange Nazaré C. Moutinho			

Solange Nazaré C. Moutinho  
Téc. Enfermagem MOD - 094  
COREN-PI: 453.434



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 11:35:51

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080711355019500000010620438

Número do documento: 20080711355019500000010620438

<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>	<b>Nº LAUDO:</b> 31252
	<b>AIH:</b> 2217102390349

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA	<b>CNES</b> 7823169
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	<b>CNES</b> 5828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b> 709202257191338	<b>NOME DO PACIENTE</b> LUIZ VIEIRA DA SILVA	<b>NASCIMENTO</b> 03/09/1956	<b>SEXO</b> M	<b>PRONTUÁRIO</b> 420266
<b>DOCUMENTO</b> CPF	<b>TELEFONE</b> 8694798208	<b>NOME DA MÃE</b> RAIMUNDA VIEIRA DA SILVA	<b>RESPONSÁVEL</b> LUZIMAR	
<b>CEP</b>	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>		<b>NÚMERO / LOTE</b> 8	
<b>BAIRRO</b> DIGNIDADE	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
NECESSIDADE DE CIRURGIA

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
RAIO X

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
--	--------------------------	---------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR TRIMALEOLAR DA FRATURALUXAÇÃO DO TORNOZELO

<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA CPF: 64435121387 CRM:	
<b>CARÁTER</b> URGENCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 24/11/2017		
<b>DATA ADMISSÃO</b> 24/11/2017 23:00	<b>DATA ALTA</b> 26/11/2017 10:00	<b>MOTIVO ALTA</b> ALTA MELHORADO	

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

<b>TIPO ACIDENTE</b>	<b>CNPJ SEGURADORA</b>	<b>Nº DO BILHETE</b>	<b>SÉRIE</b>	<b>CNPJ DA EMPRESA</b>	<b>CNAE EMPRESA</b>	<b>CBOR</b>	<b>NATUREZA DA LESÃO</b>

### AUTORIZAÇÃO

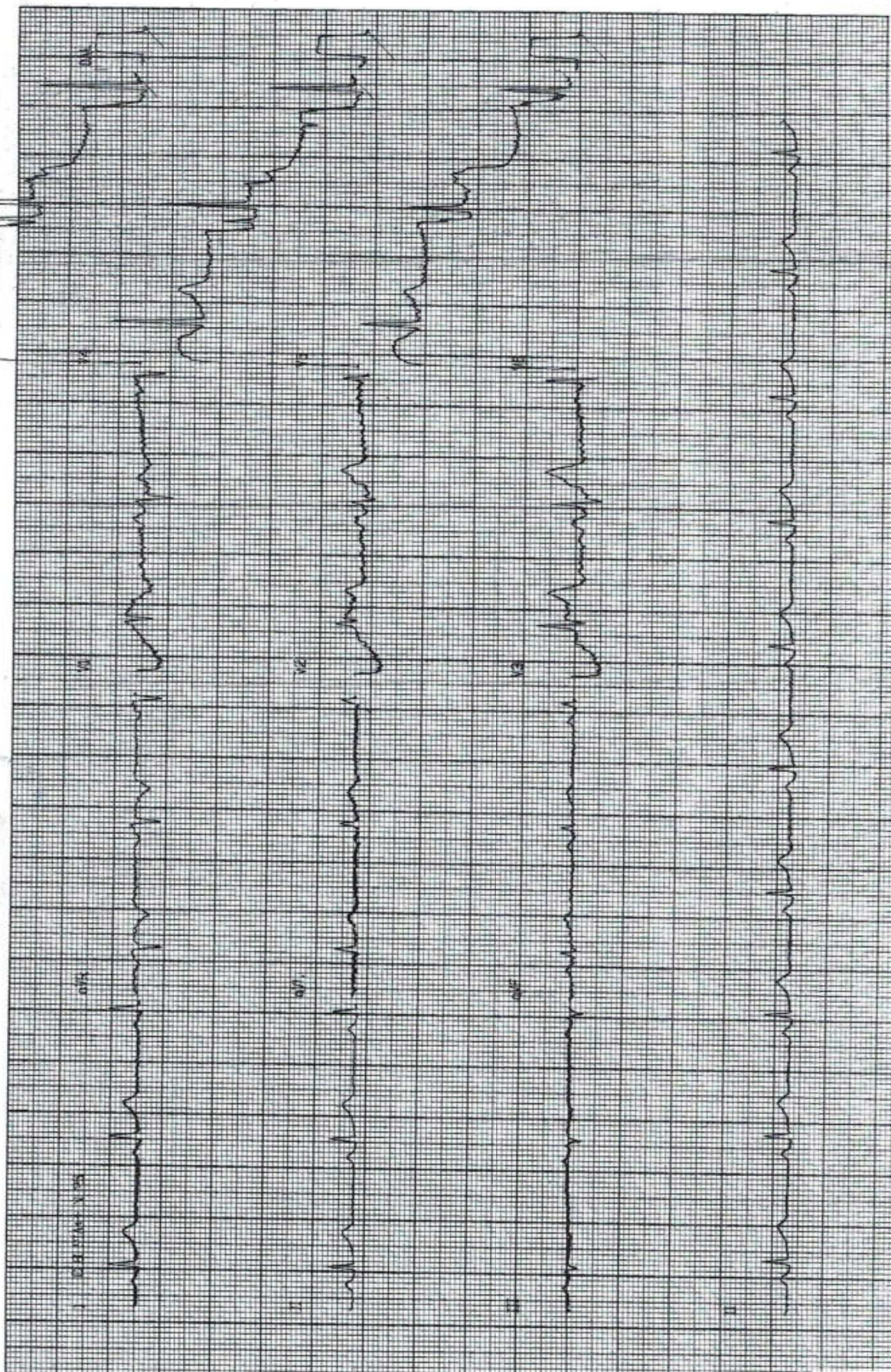
**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> ERICA PATRICIA CHAVES CPF: 89671341349 CRM:	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b> DATA ANÁLISE: 25/11/2017 01:05:23 CPF CRM DATA ANÁLISE
--	--

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**







2  
Henderson Silva Peres  
Larissa  
Coutinho





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

SOMNO EXOTICAP

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome do Paciente	Prontuário	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DAIZ VIANA LIMA	11207714	Ortopédica	Conceder B		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES		
25/11/17			21:15 - Orientado em 105		
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO		de observação de evolução de		
2	SF 0,9% 1000 mL EV, 14 gts/min		PNZ D, vitamina de ácido		
3	CEFALOTINA 1g (1 AMP) + AD, EV, 6/6h		multivitálico, com vitamina,		
4			biológico, físico, químico,		
5	OMEPRAZOL 40 mg (1 AMP) + AD, EV, 1x/dia		co, apêndice, neoplasias		
6	DIPIRONA 500mg/mL (1 AMP) + AD, EV, 6/6h		endócrino ou qualquer medi-		
7	TILATIL 20 mg (1 AMP) + AD, EV, 12/12h		comentário		
8	TRAMAL 100MG + 100 mL SF 0,9% EV, 6/6h		9 - 10h		
9	MEMBRO OPERADO ELEVADO		comentário 15/16/17		
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS				
11			26/11/17 Alta por		
			problema cardíaco,		
			medico.		

X11117

Aldi

DR. LEONARDO SOARES  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-1488 - RPP-13488

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 11:35:51





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

PAGE 1 DE 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUIZ VIEIRA DA SILVA** (Prontuário: 420266)  
Endereço: QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 05/09/1956 Idade: 61a:3m:10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 202893  
Requisição: 792846 Solicitação: 24/11/2017 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA  
Controle: 983368 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 005

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 24/11/2017

### TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado nas incidências em PA/PERFIL.  
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 15/12/2017

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

Pag: 1 de 1

**LAUDO MÉDICO**Paciente: **LUIZ VIEIRA DA SILVA** (Prontuário: 420266)

Endereço: QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 05/09/1956 Idade: 61a:3m:10d

Sexo: Masculino

Origem: INTERNAÇÃO

Atendimento: 202893

Requisição: 792846 Solicitação: 24/11/2017

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controle: 990040 Convênio: S U S

CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11

ANEXO I

EXTRA 005

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 24/11/2017

**TORNOZELO DIREITO**

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas bimaléolares
- Tala gessada.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/12/2017

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **LUIZ VIEIRA DA SILVA (Prontuário: 420266)**  
 Endereço: QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 05/09/1956 Idade: 61a:3m:10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 202893  
 Requisição: 793043 Solicitação: 25/11/2017 Solicitante: LEOCADIO SOARES REBELO DA SILVA  
 Controle: 983606 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 005

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 25/11/2017

### TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em  
 pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas bimalleolares fixadas por parafusos metálicos.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/12/2017

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável





## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 24/11/2017 18:06:59

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SERVIÇOSOCIAL)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome:	LUIZ VIEIRA DA SILVA	Prontuário:	102356
Mãe:	RAIMUNDA VIEIRA DASILVA	Pai:	
End.Resid.:	CONJ DIGNIDADE QD 24 CASA 8 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento:	05/09/1956	Idade:	61a:2m:19d
Sexo:	Masculino	Fone:	- - -
Responsável:	O MESMO	CNS:	
Profissão:		Documento:	RG: 4013872 - SSP
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Ignorado
End.Local:	- - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	218981	Entrada:	24/11/2017 17:21:23	Convênio:	S U S
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR				

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	MMSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco: Acidente de motocicleta há 1 hora e meia, colisão carro-moto, apresenta edema e refere dor em tornozelo D			KARLA DANIELLA GOMES DE SOUSA E COREN/PI 276884 Em: 24/11/2017 17:24:52
Ass.Profissional Clas. Risco:			

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	0 bpm	Pressão:	0 mmHg

## DADOS CLÍNICOS:

paciente vítima de acidente de trânsito  
apresenta fratura bimaléolar em tornozelo direito e necessita de cirurgia  
cd: cirurgia

Diagnóstico Inicial:  
Fratura do maléolo lateral

CID:  
s826

## EXAMES COMPLEMENTARES:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA:

cetoprofeno 100mg-----1amp  
dipirona-----1amp  
soro fisiológico-----100ml ev

PJ CORRETORES  
DE SEGUROS

09 FEV 2018

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA COM RECEITA

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Tércio Dantas Moura  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI: 3824

TERCIO DANTAS MOURA  
CRM PI 3824 Em: 24/11/2017 18:06:57





**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA**  
Rua Rio Verde 2010 - Dependência TIT - Fone: 06 3

Rua Rio Verde, 2810 - Renascença III - Fone: 86 3254.7074  
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

24h

## Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

**Nome:** LUIZ VIEIRA DA SILVA

**Prontuário:** 102356

Tipo Sanguíneo:

Fator RH:

Peso (Kg) :

0.0

0.

IMC (kg/m<sup>2</sup>):

00'00"

PJ CORRETORES  
DE SEGUROS

09 FEB 2018

DPVAT

**Consulta: 218981**  
**Imp: 24/11/2017 18:06:59**

Temp: 24/11/2017 18:06:59

ITEM:

**PRESCRIÇÃO MÉDICA:**

**HORARIO:**

# STATISTICAL

**HORA**

**I**

2

R/Satoz

PA:

D

5	GLI
---	-----

DIURESE

celtoproreno 100mg	-----1amp	-----
dipirona	-----1amp	-----
soro fisiológico	-----	100ml ev

18:45  
Jose Luis S. Oliveira  
Téc. Em Enfermagem

COREN-PI 1061328-TE

Dr. Tercio Dantas Moura  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PP 13824

### REGISTROS DE ENFERMAGEM:



**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULACAO**

<b>AUTORIZAÇÃO: 65371704</b>	<b>Nº DA REGULAÇÃO: 7705</b>
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
<b>LEITO:</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
<b>PACIENTE:</b> LUIZ VIEIRA DA SILVA	<b>NASCIMENTO:</b> 05/09/1956

**DADOS CLÍNICOS**

**HISTORIA CLÍNICA:**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, APRESENTA FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO.

**PROVAS DIAGNÓSTICAS:**

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DO MALEOLO LATERAL

**COMORBIDADE:**

**PRESSÃO ARTERIAL:**

**FREQ. CARDÍACA:**

**SATURAÇÃO:**

**FREQ. RESPIRATÓRIA:**

**GLICEMIA:**

**NÍVEL DE CONCIÊNCIA:**

**USO DE O2:**

**USO DROGAS VASOATIVAS:**

**USO ANTIBIÓTICOS:**

**USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:**

**DATA:** 24/11/2017 20:24:47

\_\_\_\_\_  
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

*[Handwritten signature and blue circular stamp]*





NOME DO PACIENTE: Suz Vieira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 420266

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 3229 4872

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

**SUS SUS**

Imp: 24/11/2017 23:03:09

(User: RAIMUNDA SOARES)

(Paciente: WFCFPCAOPA)

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

<b>Nome:</b> LUIZ VIEIRA DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 420266	
<b>Mãe:</b> RAIMUNDA VIEIRA DA SILVA		<b>Pai:</b> NAO DECLARADO	
<b>End.Resid.:</b> QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<b>Nascimento:</b> 05/09/1956	<b>Idade:</b> 61a:2m:19d	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b> 86-99598-7797
<b>Responsável:</b> LUZIMAR DA SILVA		<b>CNS:</b> 709202257191338	
<b>Profissão:</b> ZELADOR		<b>CPF:</b> * RG: 413872 - SSP-PI	
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>E.Civil:</b> Casado(a)	
<b>End.Local.:</b> - - -			

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 638597	<b>Data:</b> 24/11/2017 23:00:01	<b>Condução:</b> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS	
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> S U S	
<b>Cid.Trab.:</b> Não	<b>Trajetos:</b> Não	<b>Típico:</b> Não	<b>CID Secundário:</b> V299

**DADOS CLÍNICOS:**

Paciente encaminhado à UPA para tratamento único. -  
vítima de Auto x moto - Fatura de trânsito (D)  
na Rua do Doutor  
L: Intermitente p/ MTT Único.

PA: <u>X</u> mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
<b>Diagnóstico Inicial:</b> MTT Donatona (D)			<b>CID:</b> 182.3

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

<b>ALTA:</b> <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido		<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:
<b>DESTINO:</b> <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs		<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<b>DATA SAÍDA:</b> ____/____/____ <b>HORA:</b> ____:____:____
<b>ÓBITO:</b>		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade	<b>Proced. Solicitado:</b> 04080 50497
		<b>CID Compatível:</b> 582.3	<b>CID Compativel:</b> 582.3

Dr. Eduardo Régis de A. Bona Miranda  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PI: 4900 1504-12418  
Prof. Solicitante  
Internação:

*Luizmar da Silva*  
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 11:35:51

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080711355019500000010620438>

Número do documento: 20080711355019500000010620438



NOME DO PACIENTE

Wit vlem. ~~af~~ vlem.

## DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

Part 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA  
HORA: 20/11/2017

DATA:

24 11 2017 HORA:

- 1 - Dieta geral
- 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h
- 3 - Dipirona 01-amp + ADEV 12/12h
- 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 8/8h
- 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h
- 6 - Plasil 01-amp + SSVV
- 7 - CCGG + SSVV

Feb 28 A part 00:00

Umwelt: Pf. Weiden

Accepted

**Dr. Roberto Luís da S. Bona Miranda**  
Ortopedista e Traumatologista  
TEOT: 12418  
CRM-SP: 60974

Jose Ferreira Neto  
SARRELLA, PAULO DO PRADO ALVARADO  
CRM 1558  
CNPJ: 08.997.373-39

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180071772 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2017 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSO METALICO NA TIBIA DISTAL A DIREITA E COM PLACA E PARAFUSOS NA FIBULA DISTAL DIREITA. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA. AUMENTO DE VOLUME IMPORTANTE (+++/4+) EM TOPOGRAFIA DE TERÇO DISTAL DE PERNA DIREITA EM TOPOGRAFIA DE REGIÃO DORSAL DE PE DIREITO COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A DIREITA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

**CRM do médico:** 10570

**UF do CRM do médico:** SC

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180071772 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2017 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/02/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** SINISTRO COM MENOS DE 90 DIAS

**Observações:**

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32504-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180071772 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 24/11/2017 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** TORNOZELO 50%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32504-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## IDENTIFICAÇÃO

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

VITIMA Neuza Vieira da SilvaDATA DO ACIDENTE 24/11/2017 CPF DA VITIMA 837.973.603-63

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COMA VITIMA É Neuza Vieira da SilvaENDEREÇO DO PORTADOR 0874 Casa 03Nº COMPLEMENTO Paul. Alameda BAIRRO ArapiariCIDADE Itapicuru UF PA CEP 01000-000E-MAIL  TELEFONE (86) 9.9972-0860

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTÃO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTÃO DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CTR DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- ☒ INAF INESSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ALENHAMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO (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 VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ CARTÃO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTÃO DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CTR DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓRRIAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUIRÚRGICAS E OUTRAS (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMACIA, COMPANHIA, ADMS DO RESPECTIVO HCF, CUSTÓDIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☒ CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO (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 VITIMA 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, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO: [WWW.DPVATSEGURODOBRASIL.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOBRASIL.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01-02-18IDENTIDADE 443.872ASSINATURA 

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 01-FEV 2018NOME Francine JustyASSINATURA 

PJ CORRETORES

DE SEGUROS

RECEBIMENTO NA SEGURADORA

ASSINATURA DPVAT