



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**

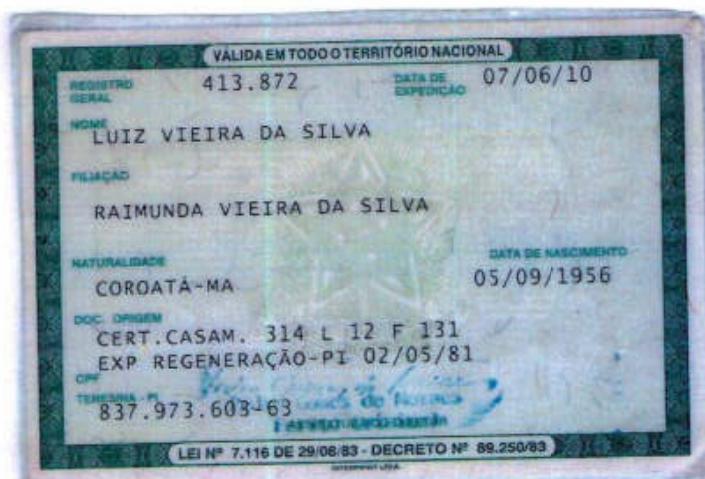
Justiça gratuita? **SIM**

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	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 11:35:51
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008071135501950000010620438
Número do documento: 2008071135501950000010620438

Num. 11207714 - Pág. 2



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 24/11/2017 operou-se a fratura bimaleolar no tornozelo, direito e o ferimento do tendão medial e crucípico gerando luxação 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-3102

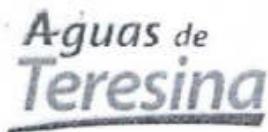
Teresina, 03 de abril de 2018

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 11:35:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008071135501950000010620438>
Número do documento: 2008071135501950000010620438

Num. 11207714 - Pág. 3



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

Matricula: 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 ECONOMIAS / CATEGORIAS / TIPO TARIFA
GRUPO: 16 1 Residencial Normal

LOCALIZAÇÃO: 016-00027-000080
HIDRÔMETRO: A05L120243

HISTÓRICO DE CONSUMO

Referência	Tipo	Leritura	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

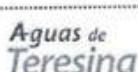
*** NOTIFICAÇÃO ***

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	MÉDIA/MÊS	VALOR PERMITIDO
Cloro Livre	3126	3046	80	1,26	0,20-5,00 mg/l
Cor Aparente	3119	2923	196	6,92	Interior a 15,00
Ph	3124	3021	103	6,64	6,00-9,50
Turbidez	3121	2928	195	2,08	Interior a 5,00
Califormes To	834	814	20	Ausente	Ausente

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA/MÊS	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

PPVAT

39 FEB 2018



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 11:35:51
http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008071135501950000010620438
Número do documento: 2008071135501950000010620438

Num. 11207714 - Pág. 4



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

CPF do Representante legal

837 973 603 63

Email

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 atende 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de 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 da 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 FEVEREIRO DE 2018

DPVAT

Teruna, 06 de Janeiro de 2018

Local e Data

Luiz Vieira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

ORIGINAL

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008071135501950000010620438>

Número do documento: 2008071135501950000010620438

Num. 11207714 - Pág. 5



SUS

Fundação Municipal de Saúde

17 577 205 / 0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde N° 2810 -
Renascença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



ATS DECLAR

582-6

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De:	UPA	Para:	HUT/HU/HREN
Dr. J. Viana da Silva		Registro:	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
<p>Racimbo m/hi de acident de trânsito, & apurado p/stru pneumobr & tornozelo D.</p>			
TERESINA-PI 24/11/17		Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo	

Dr. Tércio Dantas Moura
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 2824

FICHA DE RETORNO	
De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
<p>Homolateral</p> <p>DPVAT</p>	
PJ CORRETORA DE SEGUROS	
09 FEVEREIRO DE 2018	
TERESINA-PI	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

DPVAT





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 11:35:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008071135501950000010620438>
Número do documento: 2008071135501950000010620438

Num. 11207714 - Pág. 7



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

837 973 603-63

Nome completo da vítima

Leuz Viana da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Leuz Viana da Silva

CPF titular da conta

837 973 603 63

Profissão

Reunor

Endereço

88 24 casa 08

Número

Complemento

Rua. 25 de Março

Bairro

Angelim

Cidade

Teresina

Estado

Piauí

Email

CEP

64000-000

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\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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)

ITAU (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

2004

D/V

0

CONTA

Nº

15898

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nº

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

D/V

(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, 06 de Janeiro de 2018
Local e Data

Leuz Viana da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DPVAT
ORIGINAL
APICIMI

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

Data/Hora

24/11/2017 - 04:25

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

CABRAL

Endereço

AV. MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº:

Ponto de Referência

Complemento

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUIZ VIEIRA DA SILVA (61 ANOS)

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 413872 SSP PI

Mãe: RAIMUNDA VIEIRA DA SILVA

Endereço: QD 24 CASA 08, Nº

Complemento: RESIDENCIAL DIGNIDADE

Bairro: ANGELIM

Cidade: TERESINA

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** 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



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZ VIEIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180071772**
Vitima: **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



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **LUIZ VIEIRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180071772**
Vitima: **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

Pag. 01691/01692 - carta_03 - INVALIDEZ

00660846


A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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 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 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 11:35:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008071135501950000010620438>
Número do documento: 2008071135501950000010620438

Num. 11207714 - Pág. 13



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO centro cirúrgico

Nome do Paciente	K.12 Hora Juna		
Diagnóstico pré-operatório	FRACTURA BIMALHOZAR TWE		
Operação - Tipo	OSTOCONDROSE (R+AF)		
Cirurgião	Dr. Leocádio Soares ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM-PI 4468 - TEC 12409	1º Assistente	Dr. Borges
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Juc Fornanha	Anestesia Rogee
Data da Operação	25/11/17	Ínicio 16:20	Fim 17:10
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
<p>1) Abertura em ASA, sob anestesia com MID gantulada.</p> <p>2) Anatomia + antiagregante com compressa entre -</p> <p>3) Zicopla lateral + dissecção + R+AF com paraf. interno mormônio + placas 1/3 + fios 6 fios</p> <p>4) Incisão mediana + dissecção + R+AF com 2 paraf. e parafuso.</p> <p>5) LMC com 140,51, + Sutura + Cintur -</p> <p>6) Retirada da gomada com BPD.</p> <p>7) A SRPA</p>			

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/11/2017

NOME DO PACIENTE:	<u>Guizelle Vieira da Silva</u>	BRONTOUÁRIO N°:	<u>420266</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <u>Prot. céruf pat</u>		
ANESTESIA:	<u>DR. Leônidas Soares</u>	Nº DA SALA:	<u>06</u>
CIRURGIA:	<u>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</u>	CPF N°:	
AUXILIAR:	<u>DR. BORGES</u>	CPF N°:	
ANESTESIA:	<u>DR. Fernanda Jackson</u>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<u>DR. Fernanda Jackson</u>		

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI <u>N.24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>710</u>	PAR	<u>01</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA N° <u>715</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>04</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>50</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>150</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	<u>03</u>		SERINGA 20CC	UNID.	—	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO <u>500 ml</u> <small>FRASCO</small>	UNID.	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.			<u>Cadilh 02</u>		<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Elétodo -</u>		<u>05</u>	<u>unid</u>
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Escovas -</u>		<u>03</u>	<u>unid</u>
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Faixa de seush -</u>		<u>02</u>	<u>unid</u>
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<u>Algodão ortopédico</u>		<u>02</u>	<u>unid</u>
ALCOFIL				<u>Crepom -</u>		<u>03</u>	<u>unid</u>
MONONYLON <u>2-0</u>		<u>02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>0</u>		<u>01</u>		CIRCULANTE: <u>Solange Moutinho</u>			
PROLENE							

Tec. Enfermagem MOD - 094
COREN-PI: 459.437



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 31252 AIH: 2217102390349
--	---------------------------------------

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA	CNES 7823169
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
CARTÃO SUS 709202257191338	NOME DO PACIENTE LUIZ VIEIRA DA SILVA		NASCIMENTO 05/09/1956	SEXO M
DOCUMENTO CEP	CPF 86944798208	TELEFONE 86944798208	NOME DA MÃE RAIMUNDA VIEIRA DA SILVA	PRONTUÁRIO 420266
ENDERECO - LOGRADOURO				RESPONSÁVEL LUZIMAR
BAIRRO DIGNIDADE	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO TERESINA	NUMERO / LOTE 8
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA PIMALHOA ALIMENTACAO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARÁTER URGÊNCIA		DATA SOLICITAÇÃO 24/11/2017
DATA ADMISSÃO 24/11/2017 23:00		MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO
		EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA CPF: 6443512387
		CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

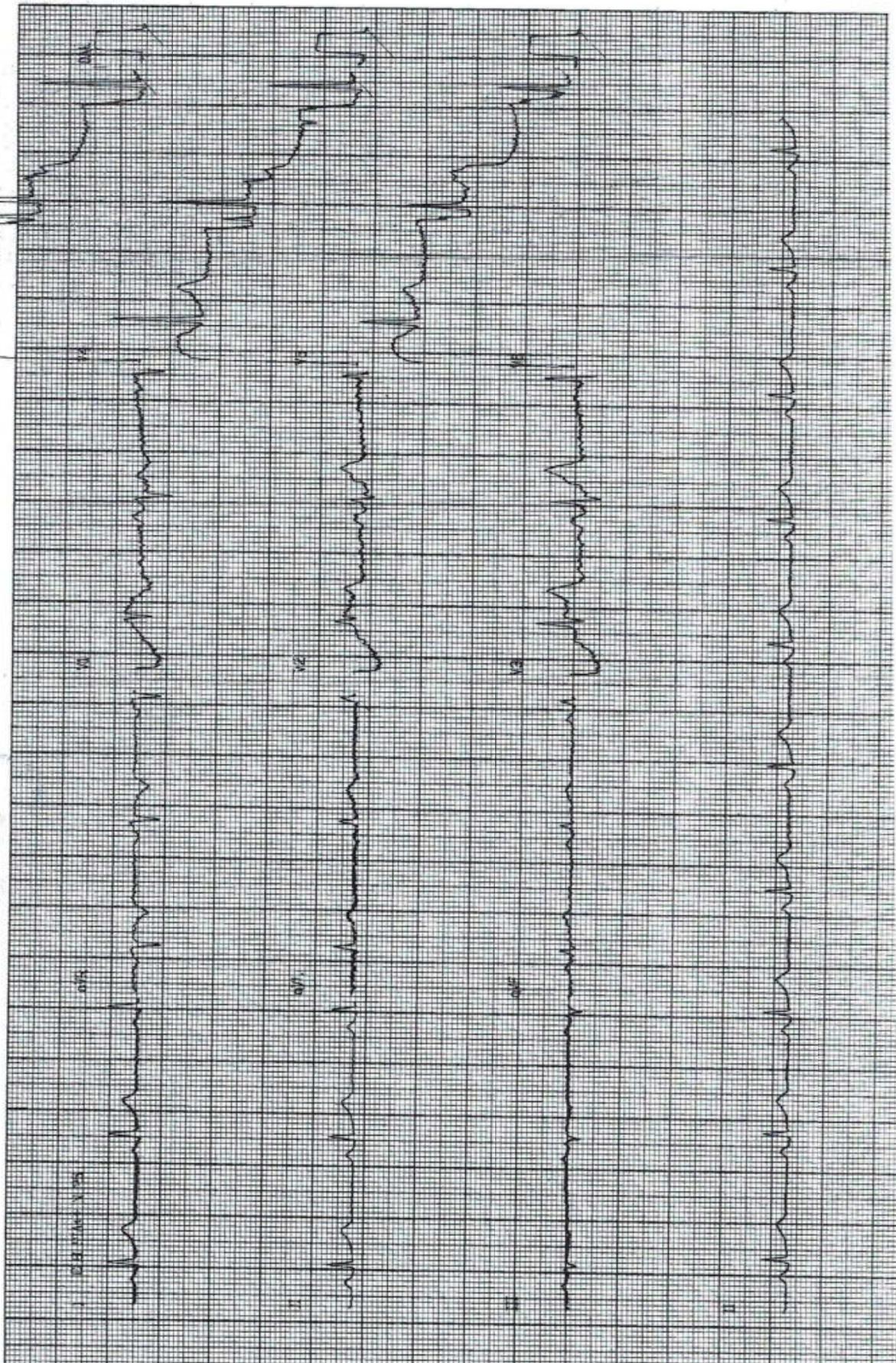
CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

人本主义与批判精神

JUSTIFICATIVA DA UNAÇÃO AUTORIZADA

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





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

Num. 11207714 - Pág. 17



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Solano County

— 24 —

អាសយដ្ឋាន



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: 202883

Requisição: 792846 Solicitação: 24/11/2017 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controle: 983368 Convênio: SUS 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

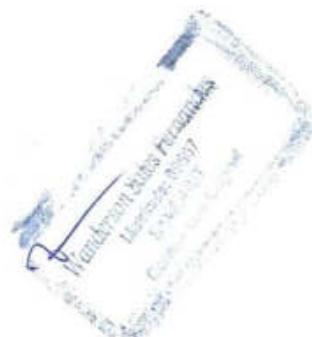
(JORGE AUGUSTO)

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

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 EXTRAS 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 bimaleolares
- Tala gessada.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/12/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Professional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 11:35:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008071135501950000010620438>
 Número do documento: 2008071135501950000010620438

Num. 11207714 - Pág. 20



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4072
 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 EXTRAS 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 bimaleolares fixadas por parafusos metálicos.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/12/2017

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 11:35:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008071135501950000010620438>
 Número do documento: 2008071135501950000010620438

Num. 11207714 - Pág. 21

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 24/11/2017 18:06:59
(User: TERCIO DANTAS)
(Estação: SERVIÇOSOCIAL)

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 218981	<u>Entrada:</u> 24/11/2017 17:21:23	<u>Convênio:</u> SUS
-----------------------	-------------------------------------	----------------------

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresent:</u>	<u>Área Incidência:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
Intercorrência por Trauma	MMSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
<u>Breve História Clas. Risco:</u> Acidentes 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 276684 Em: 24/11/2017 17:24:52	
<u>Ass.Profissional Clas. Risco:</u>			

<u>SSVV:</u>	(Hora: ____ : ____)
--------------	---------------------

<u>Peso:</u> 0,00 Kg	<u>Altura:</u> 0,00 M	<u>IMC:</u> 0,00 Kg/m ²	<u>Pulso:</u> 0 bmp	<u>Pressão:</u> 0 mmHg
----------------------	-----------------------	------------------------------------	---------------------	------------------------

DADOS CLÍNICOS:

paciente vítima de acidente de transito
apresenta fratura bimaloar em tornozelo direito e necessita de cirurgia
cd: cirurgia

<u>Diagnóstico Inicial:</u> Fratura do maléolo lateral	<u>CID:</u> s826
---	---------------------

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

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

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

39 FEB 2018

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA COM RECEITA

DATA: / / .

HORA: : :

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

Assinatura Paciente ou Responsável

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

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

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

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA 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:
------------------	-----------------------------	-------------------

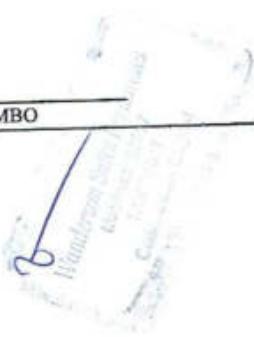
USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

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

MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





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



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

(User: RAIMUNDA SOARES)
(Estação: HUT/PI/CAOPA)**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

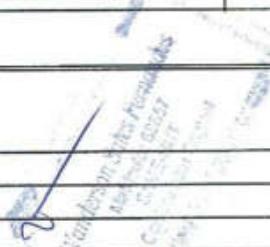
Nome: LUIZ VIEIRA DA SILVA		Prontuário: 420266
Mãe: RAIMUNDA VIEIRA DA SILVA	Pai: NAO DECLARADO	
End.Resid.: QD 24 CS 08 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 05/09/1956	Idade: 61a:2m:19d	Sexo: Masculino Fone: 86-99598-7797
Responsável: LUZIMAR DA SILVA		CNS: 709202257191338
Profissão: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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

PAE-PI Encaminhado AT UPA para tratamento Uníquo. -
víma de Auto x moto - Futura de Dano Físico ()
na futura de Dano Físico
U: Internar / Mort. Uníquo.

PA _____ mmHg	Pulso: _____	PC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		CID: 182.3	
<p style="text-align: center;">PTP Dano ()</p> 			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	DATA SAÍDA: _____ / _____ / _____ . HORA: _____ : _____
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
DESTINO: <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Após 48 Hs <input type="checkbox"/> Anat. Patol.		Proced. Solicitado: 04080 50497 5823	
		CID Compatível: Dr. Eduardo Negrão de A. Bona Miranda Ortopedista e Traumatologista CRM-PI: 4800 TEC01245 Solicitante Internação:	

Luzimara da Silva

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE





PRESCRIÇÃO
MÉDICA

FMS Fundação Municipal de Saúde

DO PACIENTE

Nome do paciente: Luiz Viegas Br. 5104
Comorbidades:

DATA: 24/10/2010 HORA: 10:00
PREScriçãO MÉDICA

1 - Dieta geral
 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h
 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h
 4 - Fenotaxicam 20mg + ADEV 8/8h
 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h
 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h
 7 - CC66 + SSVV

11.00 - 12.00 Uhr - 1. Pausenzeit - 1. Pausenzeit - 1. Pausenzeit

GALILEO 39

111

111

100

MÉDICO/CRM:



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 DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO TORNOZELO DIREITO.
médico pericial:

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:



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/08/2020 11:35:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008071135501950000010620438>
Número do documento: 2008071135501950000010620438

Num. 11207714 - Pág. 28

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 %

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:



