



Número: **0804864-43.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **20/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IGO FERNANDO DA SILVA (AUTOR)	SAMUELSON SA ROSA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
84867 55	20/02/2020 19:31	Petição Inicial	Petição Inicial
84867 87	20/02/2020 19:31	CNH	Documentos
84867 88	20/02/2020 19:31	COMPROVANTE DE ENDEREÇO	Comprovante
84867 89	20/02/2020 19:31	BO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
84867 90	20/02/2020 19:31	PRE HOSPITALAR SAMU	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
84867 92	20/02/2020 19:31	PRONTUÁRIO HUT	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
84868 93	20/02/2020 19:31	PEDIDO DE SEGURO DPVAT	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
84868 94	20/02/2020 19:31	carta de pagamento administrativo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
84868 95	20/02/2020 19:31	carta de reanálise administrativa	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
84868 96	20/02/2020 19:31	tabela de pagamentos por segmentos e sequelas DPVAT	Documentos

PETIÇÃO EM PDF



Assinado eletronicamente por: SAMUELSON SA ROSA - 20/02/2020 19:27:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002201927318620000008104524>
Número do documento: 2002201927318620000008104524

Num. 8486755 - Pág. 1



PROCURAÇÃO AD JUDITIA ET EXTRA

OUTORGANTE: IGO FERNANDO da Silva
brasileiro(a), 2, Português, portador(a) da
carteira de identidade RG nº 2577555, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº
022.151.163-66, residente e domiciliado(a) na R. CAP. WANDERLEY
1790 B, PIÇARNEIRA CEP 64056-640, THE PI.

OUTORGADO: Dr. SAMUELSON SÁ ROSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na
Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Piauí, sob o nº 5275, profissional com
escritório na Rua Sta. Bárbara, nº 7596, bairro Verde Lar, Teresina, Piauí, CEP 64.071-
440, endereço eletrônico samuelson.advocatus@gmail.com.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante
procurador o Outorgado, concedendo-lhe poderes da cláusula *ad juditia et extra*, para o
foro em geral, especialmente para propor Peço de cobrança
Seg. DPAT, podendo, portanto, promover medidas
judiciais ou administrativas,iciais ou incidentais, acompanhar processos judiciais e/ou
administrativos em qualquer Juízo, Instância, Tribunal ou Repartição Pública Federal,
Estadual ou Municipal, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor
recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter
acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato
oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de
poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os atos necessários ao
fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECIAIS: A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito os
poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do
pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar
compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, levantar RPV e
ALVARÁS, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica,
em conformidade com a norma do art. 105 da Lei nº 13.105/2015. CONFIRO, AINDA,
PODERES ESPECIAIS para me representar perante o INSS visando requerimento de
serviços previdenciários na modalidade atendimento a distância, exceto de benefícios
por incapacidade e Benefício de Prestação Continuada (BPC), conforme objeto de
Acordo de Cooperação Técnica entre o INSS e a OAB/PI.

Teresina PI, 25 de JANUÁRIO de 2019.

IGO Fernando da Silva

Outorgante



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.553.633/0001-44 - LE 199500174
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, todos os Santos - CEP 64010-040, Teresina - PI
Telefone: (0800) 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA FATURA Nº
13072790-3 MÊS / ANO 151736750
6/2019

NO ME / ENDERECO
MORADOR ANTONIO L DE MARREIROS
RUA CAP WANDERLEY, 1790B - PICARREIRA - TERESINA - PI - cep: 64056640

LOCALIZAÇÃO GRUPO NÚMERO DO METRÔMERO
003-00045-006380 003 Y10N309605

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS / ANO TIPO UDO FATURADO
05/2019 Liso 146 120
04/2019 Liso 120 120
03/2019 Liso 120 120
02/2019 Liso 97 120
01/2019 Liso 92 120
00/2019 Liso 120 120

ENCONTRAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
12 Residencial - Normal

DATA LETURA
ANTERIOR 06/05/2019 8066
ATUAL 05/06/2019 8155

CONSUMO MÊS M3 120
PIS / PASEP 0,00% - 41,41 + 1,40% = 5,41
COFINS 0,00% - 41,41 + 1,40% = 27,71

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 E (%)
0 a 19 0,8478 65
19 a 25 1,2889 45
25 a 99,9999 3,1500 55

DESCRIÇÃO REF. VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 341,40 120,0 m3 341,40
> Residencial-Normal 04/2019 2,11
JUROS POR ATRASO 05/2019 1,87
MULTA POR ATRASO 04/2019 7,02
MULTA POR ATRASO 05/2019 7,01

NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 E (%)

VENCIMENTO 17/06/2019 TOTAL A PAGAR 359,41

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO
OU SOLICITE EM UMA DE NOSSAS LOJAS O ENVIO DA SUA
FATURA EXCLUSIVAMENTE POR E-MAIL.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento da fatura resultará na suspensão temporária
conforme (Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V, alím. 6.987/95, Art. 6º, §3º, inciso I)

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15
PH	1865	1538	327	6,27	6,00-9,50
TURBIDEZ	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	660	656	4	Ausência	Ausente
	660	660	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 05/06/2019 HORA DA EMISSÃO: 09:25

Scanned with CamScanner

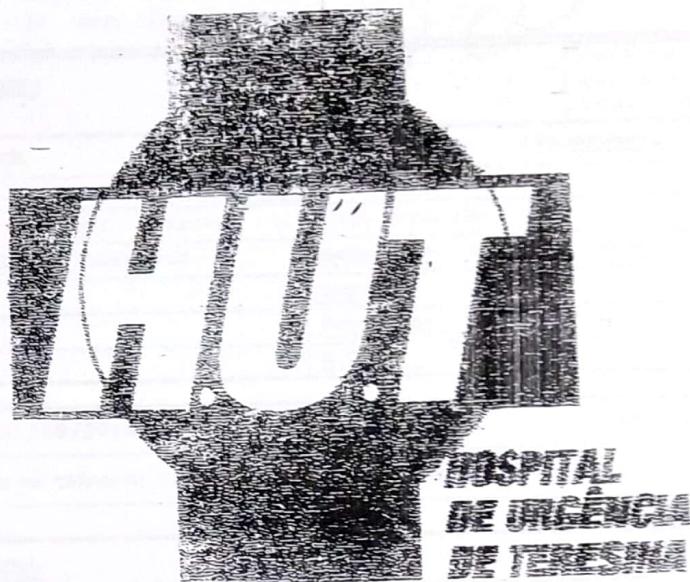


Assinado eletronicamente por: SAMUELSON SA ROSA - 20/02/2020 19:27:32
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022019273266800000008104707>
 Número do documento: 20022019273266800000008104707

Num. 8486788 - Pág. 1

Dados do Chamado	01 N° do chamado 0059	02 Data do chamado 01/08/18	03 PRO (código) 0059	04 Saída do PA 1146	05 Chegada ao local 1146	
Lugar da Ocorrência	06 Saída do local 1159	07 Chegada ao 1º hospital 1118	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Antônio Bulemark 503	11 Bairro Santa Lígia (Prazeres)	12 Município-UE Teresina	Código IBGE		
Tipos de Ocorrência	13 Ponto de referência CR CONS. 1 SEM 620					
Acidente de Transporte	14 Nome Igor Fernandes da Silva	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado				
Exame Físico	16 Idade 32 01/08/06	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	17 Se idade ignorada, preencha com 999	18- Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Assistência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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		
Hospital de Destino	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança 1- Capacete 2- Cinto de segurança 3- Assento para criança		
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 1- Espontânea 2- À voz 3- A dor 4- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 1- Orientada 2- Confusa 3- Palavras inapropriadas 4- Palavras incompreensíveis 5- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 100 Resp. PA 130/80 TAX. 6, Sat02	25 Local da lesão	
	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais	27 Pulso Radial 1 Central 0 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa		
	30 Fratura 1- Sim 2- Não	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	32 Hospital de Destino HUT	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)		
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte				
	Acidente de moto com cinto de segurança no peito puxou o cinto, fratura na face.					
	1- Atendimento de Urgência Enfermeira LICENCIADA 23.043 Responsável pela recepção	Socorristas Médico AE/TE J. S. de C. J.	Enfermeiro Condutor E. L. de C. J.			
	Versão: 27.11.2011					

Scanned with CamScanner



NOME DO PACIENTE: Iago Fernando da Sbc

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 518523

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".

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SAMUELSON SA ROSA - 20/02/2020 19:27:33
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002201927333980000008104711>
Número do documento: 2002201927333980000008104711

Num. 8486792 - Pág. 1

ORTOPEDIA

NEURO

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: 01/08/2019 12:42:59

(User: MOTSES SÁ)

(Estação: CONSULFA/3)

BOLETO DE ENTRADA (BE)

Lerar H/CC

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGO FERNANDO DA SILVA		Prontuário: 518523
Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: RUA ALGOINHA N3590 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 07/08/1986	Idade: 32a11m25d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS:	
Profissão: AUTONOMO	Documento: CPF: 022.151.163-66	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 733982	Entrada: 01/08/2019 12:16:33	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Resumo História Clas. Risco: PACIENTE DE ACIDENTE DE MOTO COM CAPACETE APRESENTANDO LESÃO EM FACE, TÓRAX E SUSPEITA DE FRACURA MIE, LESÃO EM QUEIMADURA ANTIGA EM PUNHO D, INGESTÃO DE BEBIDA ALCÓOLICA. NEGA FUMAR. ECG-15.		MARIA AMELIA LOPES DE SOUSA CABRAL COREN 93943 Em: 01/08/2019 12:24:14

SSVV: (Hora: :)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
------------------	---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 01 HORA REFERE USO DE CAPACETE, O QUAL FOI SACADO NA HORA DO IMPACTO. PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL, HEADBLOCKS, PRANCHAS RÍGIDA E PERNAS ESQUERDA IMOBILIZADA. NEGA VOMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIENCIA. NÃO REFERE CERVICALGIA. APRESENTA DOR EM HMT ESQUERDO, AO INSPIRAR E AO MOBILIZAR A PELVE. RELATA TCE.

VIAS AERÉAS PERVIAS, EM USO DE COLAR CERVICAL E HEADBLOCKS
MEMBRUTO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; EXANSIBILIDADE PRESERVADA; SRA
RRP, RR. 2T; ABDOME FLÁCIDO;
COPIAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO IMOBILIZADO

DATA: 01/08/19
ENFERMEIRO: Cravio SIC
TECNICO: Taff
TOMOGRAFIA: 125

Diagnóstico Inicial:	CID:
----------------------	------

Exames Complementares:

(1274412) - MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
(1274413) - PELVE
(1274414) - MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

RAIO-X REALIZADO
DATA: 01/08/19 HORA: 10:10
5822
4280 50 800

Prescrição Médica:

1 DEXAMETASONA 10MG + AD EV AGORA
2 TRAMAL 50 MG + 100 ML SF 0,9% EV LENTO AGORA
3 SOLICITO AVALIAÇÃO DE ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA
4 REAVALIAÇÃO COM CIRURGIA GERAL

Dr. Jamerison M. de Lemos Jr.
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Quadril
CRM: 3878 TEC: 11094

CONDADO P. R. de SA
CIRURGICO GERAL
CRM-PI 6504 TEC: 3571

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

MOÍSES FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
CRM 6780 PI Em: 01/08/2019 12:42:58



Assinado eletronicamente por: SAMUELSON SA ROSA - 20/02/2020 19:27:33

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002201927339800000008104711

Número do documento: 2002201927339800000008104711

Num. 8486792 - Pág. 2

Scanned with CamScanner



Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 733982

Imp: 01/08/2019 12:42:59

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome:	IGO FERNANDO DA SILVA	
Tipo Sanguíneo:		Fator RH:
Prontuario:	518523	Local:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:	HORA:	T:	P:	R/Sat02:	PA:	Dor:	Glicemias	Diurese
1	DEXAMETASONA 10MG + AD EV AGORA									
2	TRAMAL 50 MG + 100 ML SF 0,9% EV LENTO AGORA									
3	SOLICITO AVALIAÇÃO DE ORTOPEDIA E NEUROCIURGIA									
4	REAVALIAÇÃO COM CIRURGIA GERAL									

Leandro R. de S.
CRURGIO GERAL
CRM 1537
PDE 357

SINAIS VITais:

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

Scanned with CamScanner





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
1-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	244296

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IGO FERNANDO DA SILVA	6 - Prontuário: 518523		
7-IBS: 8	8-Nascimento: 07/08/1986	9-Sexo: Masculino	CPF: 022.151.163-66
11-Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DA SILVA		12-Fone: - - -	
11-Resp: (O MESMO)		14-Cor: Preta	
5-End: RUA ALGOINHA N3590 - SATELITE - CEP: 64069-990	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64069-990
5-Estado: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Fratura Diáfise tibia
C. Pto Ur*

21 - Condições que justificam a internação:

Fraturar tibia

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

Positivo

1- Diagnóstico Inicial:

Fratura da diáfise da tibia

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

S822

26-CID C.Ass.:

Tempo SUS

4

*Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Quadril
TEOT: 11094*

*CRM: 3878
Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: 0408050500	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	28-Clinica: 02 01	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 835.447.043-15	31-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	32-Docum.: 01/08/2019	33-Data Solicitação: 01/08/2019	34-Cod. Proced.: 0408050500	35-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	36-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	37-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	38-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	39-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	40-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	41-Série: 4
30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 835.447.043-15	33-Data Solicitação: 01/08/2019	34-Cod. Proced.: 0408050500	35-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	36-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	37-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	38-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	39-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	40-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	41-Série: 4					
31-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR	32-Docum.: 01/08/2019	33-Data Solicitação: 01/08/2019	34-Cod. Proced.: 0408050500	35-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	36-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	37-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	38-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	39-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	40-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	41-Série: 4				
32-Docum.: 01/08/2019	33-Data Solicitação: 01/08/2019	34-Cod. Proced.: 0408050500	35-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	36-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	37-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	38-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	39-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	40-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	41-Série: 4					
33-Data Solicitação: 01/08/2019	34-Cod. Proced.: 0408050500	35-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	36-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	37-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	38-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	39-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	40-Nome Profissional Autorizado: DR. JAMERSON M. DE LEMOS JR.	41-Série: 4						

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajetos			

45 - Vínculo com a Previdência:

Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46-Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização:
48-Documento: ICMS ()CPF	49-Num. Documento:

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51-Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (SOLIMAR BRITO)
	Consulta Local: 733982
	Consulta SUS: Impressão: 01/08/2019 15:11:47

Scanned with CamScanner





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente		Tigor Fernando da Silva	
Diagnóstico pré-operatório		Fratura tibial	
Operação - Tipo		170 Gm	
Clínico	Dr. Jansen	1º Assistente	Dr. Denise
2º Assistente	Dr. Jansen	3º Assistente	
Instrumentador	Túmico	Anestesiologista	Dr. Diego
Anestésico(a)	Anestesia Ráque		
Data da Operação	01.08.19	Inicio	Fim
Diagnóstico pré-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Presente em ddh ls raios e anestesia
- ② Dissecções e separações colocação de caixas Cir
- ③ Fase de sangrado 1/15m
- ④ Dr. abra neoplaus
- ⑤ Reduções anatômicas
- ⑥ Diferente de campânula 4,5mm +
- Parafuso
- ⑦ Ligar as suturas

Dr. Jansen M. de Lemos Jr.
Ortopedia e Traumatologia
Cir. Duarol
CRM: 3878 TEOT: 11094





FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Ivo Fernando da Silveira

Sala: 01

Alergia:

Nenhum

Data: 1/8/2019

Procedimento: Tratamento cirúrgico para
fistula de teto (E).

Cirurgião: Javerson

Observações: fígado caudado (78%)

14:30

15:10

16:30

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1. Enfirocaina 0,5% perco	mg	• 11											
2. Morfina	mg	• 90											
3. Cefazolina	mg	• 2											
4. Brometilico	mg	- 50											
5. Dexametasona	mg	- 8											
6. Dinefradizina	mg	- 4											
7. Tetracaina	mg	- 20											
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
Oxigênio		100	02	02	02	02	02	- 02					
ARV2O													
Umid.	%												

Acesso Vascular

- Periférico MPE 06 (grau),
Cat. Venoso nº G (a PS.)
 Dificuldade aces. venoso
Gastos _____ cateteres
 Central

Via Aérea

- Cateter nasal
 IOT nº _____
 LMA nº _____

Monitorização:

- Cardioscopia
 PANI
 Oxímetro de pulso
 ETCO2
 Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
 Geral Balanceada
 Raquianestesia
 Peridural
 Bloqueio Periférico
 Outros

Recibido: DPH

SPO2 (%)	96	100	100	100	100	100
ETCO2 (mmHg)						
Aces. Venoso	MPE	500	500	500	500	500
Aces. Venoso						
Diurese						
Perdas Sanguíneas						

Descrição da Anestesia: (1) Pcto suado, monitorizado; Antirreto; Pmico nppi 14-15 (1º tunturio); RTG
Quinida 27G; (2) cloro e g ferro adequado; sangue nppi, injecão de bupi 0,5% + morf.
se intre. Nivel da; Mantido g cateter nasal 02 (celium.)

Dr. Diego Nunes de Oliveira

MÉDICO ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI: 4926
Anestesiologista

Scanned with CamScanner





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/08/19

NOME DO PACIENTE: <i>João Fernando da Silva</i>		PRONTUÁRIO Nº: <i>518523</i>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	
ANESTESIA: <i>Genal</i>	Nº DA SALA: <i>04</i>	
CIRURGIÃO: <i>Dr. Jamerson</i>	CPF Nº:	
AUXILIAR: <i>Raquel</i>	CPF Nº:	
ANESTESIA: <i>Raquel</i>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA: <i>Junior</i>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURÍ	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 701715	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 810	PAR	01	
AGULHA RAQUE Nº 27	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		<i>Prepon</i>	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT GUT. SIMPLES C/AG				<i>Ver</i>			
CAT GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Ver</i>			
CAT GUT. CROMADO C/AG				<i>Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.</i>			
CAT GUT. CROMADO S/AG				<i>Ortopedia / Traumatologista</i>			
ALCOFIL				<i>CRM: 3878</i>			
MONONYLON	2.0	02		<i>CF: Quadri</i>			
FITA UMBILICAL				<i>TEOT: 11094</i>			
VICRYL	4	02		<i>Doçy</i>			
PROLENE				<i>CIRCULANTE</i>			

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner



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: **IGO FERNANDO DA SILVA** (Prontuário: 518523)
 Endereço: RUA ALGOINHA N3590 - SATELITE - TERESINA - PI CEP: 64069-990
 Nascimento: 07/08/1986 Idade: 32a11m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 733982
 Requisição: 982972 Solicitação: 01/08/2019 Solicitante: MOISÉS FRANCO AMORIM VIEIRA DE SÁ
 Controle: 1274418 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Data Exame: 01/08/2019

Cod. SIA: 0206010079

T.C. DE CRANIO

TECNICA EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

TERESINA - PI 01/08/2019

(LUIZ CEZAR)

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SAMUELSON SA ROSA - 20/02/2020 19:27:33
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200220192733980000008104711>
 Número do documento: 200220192733980000008104711

Num. 8486792 - Pág. 9

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE				
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Igo Fernando Da Silva</i>						
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012								
5 - Nome completo: <i>Igo Fernando Da Silva</i>	6 - CPF: <i>022.151.163-66</i>	7 - Profissão: <i>Service</i>	8 - Endereço: <i>Rua esp meanderley</i>	9 - Número: <i>790</i>				
11 - Bairro: <i>pecarinha</i>	12 - Cidade: <i>Teresina</i>	13 - Estado: <i>PE</i>	14 - CEP: <i>64056-640</i>	10 - Complemento: <i>case</i>				
15 - E-mail: <i>esquanseguros@hotmail.com</i>	16 - Tel.(DDD): <i>(86) 99534-6565</i>							
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR								
17 - Nome completo do Representante Legal:								
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:							
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).								
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:								
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00								
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)								
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)								
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____								
AGÊNCIA: <i>1989</i>	CONTA: <i>37366</i>	7	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____				
(Informar o dígito se existir)								
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.								
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE								
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):								
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.								
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.								
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE								
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.								
34		35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido			38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____			
					Assinatura da testemunha			
		36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido			39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____			
					Assinatura da testemunha			
		37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido			40 - Local e Data, _____ <i>Teresina - PI</i> <i>30/10/19</i> <i>X Igo Fernando Da Silva</i>			
					41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
					43 - Assinatura do Procurador (se houver)			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)								
EPC 001 V002/2010								

Scanned with CamScanner



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190649452 **Vítima: IGO FERNANDO DA SILVA**

Data do Acidente: 01/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IGO FERNANDO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: IGO FERNANDO DA SILVA

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001989**

Conta: **0000037366-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190649452 **Vítima: IGO FERNANDO DA SILVA**

Data do Acidente: 01/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IGO FERNANDO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 07/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag: 01095/01096 - carta_09 - INVALIDEZ



00050548

Carta nº 15334590



Assinado eletronicamente por: SAMUELSON SA ROSA - 20/02/2020 19:27:34
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002201927344190000008104714>
Número do documento: 2002201927344190000008104714

Num. 8486895 - Pág. 1

ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

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					
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 cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

