



Número: **0820241-54.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **15/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---------------------------------------|
| WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA (AUTOR) | IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|-----------|--------------------|---|-------------------------|
| 11918 476 | 15/09/2020 17:06 | <u>Petição Inicial</u> | Petição Inicial |
| 11918 481 | 15/09/2020 17:06 | <u>Procuração - Wilson Carlos Vieira da Costa</u> | Procuração |
| 11918 482 | 15/09/2020 17:06 | <u>Declaração de hipossuficiência - Wilson Carlos Vieira da Costa</u> | Manifestação |
| 11918 484 | 15/09/2020 17:06 | <u>3 - RG e CPF do Autor</u> | Documentos |
| 11918 485 | 15/09/2020 17:06 | <u>4 - Residência do Autor</u> | Documentos |
| 11918 490 | 15/09/2020 17:06 | <u>5 - Comprovante de Situação Cadastral no CPF</u> | Documentos |
| 11918 491 | 15/09/2020 17:06 | <u>6 - Situação das Declarações IRPF 2018</u> | Documentos |
| 11918 743 | 15/09/2020 17:06 | <u>7 - Situação das Declarações IRPF 2019</u> | Documentos |
| 11918 745 | 15/09/2020 17:06 | <u>8 - Situação das Declarações IRPF 2020</u> | Documentos |
| 11918 748 | 15/09/2020 17:06 | <u>9 - Boletim de ocorrência</u> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 11918 752 | 15/09/2020 17:06 | <u>10 - Prontuário médico</u> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 11918 753 | 15/09/2020 17:06 | <u>11 - LAUDO DEFINITIVO</u> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |
| 11918 755 | 15/09/2020 17:06 | <u>12 - Pagamento administrativo</u> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |

Segue anexo petição inicial e documentos comprobatórios.



Assinado eletronicamente por: IGOR DE LIMA CABRAL - 15/09/2020 17:08:46
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091517063378300000011280169>
Número do documento: 20091517063378300000011280169

Num. 11918476 - Pág. 1

PROCURAÇÃO

Wilson Carlos Vieira da Costa

OUTORGANTE

743 050 183-49

1 562 498 SSP/PI

CPF / RG

Rua Mariano Gaioso, 5926 - Santa Rosa - Teresina-PI
64012490

ENDEREÇO

OUTORGADO: A presente procuração é concedida ao advogado: **IGOR DE LIMA CABRAL**, inscrito na OAB/PI 18.163, com endereço profissional na rua Governador Artur de Vasconcelos, nº 1110/01, bairro Marquês, CEP: 64.002-508, Teresina-PI, telefone: 86988662057.

PODERES: Poderes da cláusula “ad judicia” e “ad extra”, conjunta ou separadamente, para representa-lo em juízo ou fora dele, outorgando-lhe ainda os poderes de concordar, acordar, confessar, discordar, desistir, transigir, firmar compromissos, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber valores e levantar alvarás judiciais extraídos em nome do outorgante, fatos descritos como crimes, arguir exceções de suspeição, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, constituir preposto, substabelecer com ou sem reserva os poderes conferidos pelo presente mandato.

Teresina - PI

CIDADE

28/07/2020

DATA

Wilson Carlos Vieira da Costa

ASSINATURA



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Wilson Carlos Vieira da Costa

NOME

743 050 183-49

1562 498 SSP/PI

CPF / RG

Rua Mariano Gaioso, 5926 - Santa Rosa - Teresina - PI,
6402 440

ENDEREÇO

DECLARO, COM OS FINS DE PLEITEAR OS BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA, previsto no inciso LXXIV, do art. 5º da CRFB/1988 c/com parágrafo único, do art. 98 e seguintes da lei nº 13.105/2015, ser pobre nos termos da lei, na acepção da palavra e não poder dispor de condições financeiras para arcar com as despesas processuais.

Teresina - PI

CIDADE

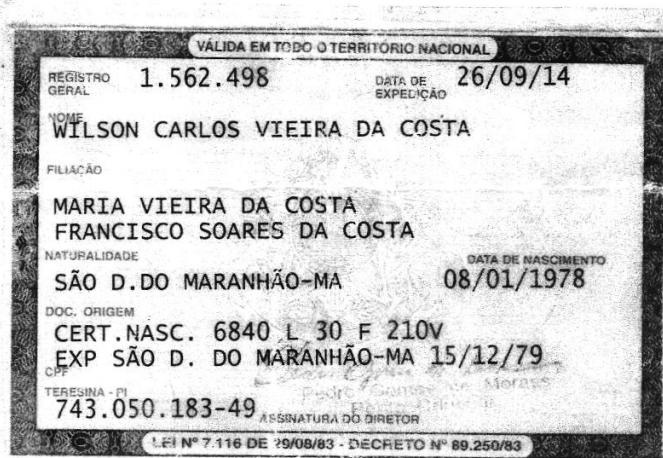
28/07/2020

DATA

Wilson Carlos Vieira da Costa

ASSINATURA





Assinado eletronicamente por: IGOR DE LIMA CABRAL - 15/09/2020 17:08:46
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091517063446400000011280177>
Número do documento: 20091517063446400000011280177

Num. 11918484 - Pág. 1

potenial
ENERGIA
cepisa

Para co
conosco
esse NOME

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota

A Tarifa Social
pela Lei nº 10.

CONTA MÊS
JUNHO/2019

VENCIMENTO
12-06-2019

CONSUM

TERESINHA DE JESUS DA SILVA
R. MARIANO GAIOSO 5926 5926 SANTA ROSA
CNPJ: 00065587740382
000-000 - TERESINA



Assinado eletronicamente por: IGOR DE LIMA CABRAL - 15/09/2020 17:08:46
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091517063467200000011280178>
Número do documento: 20091517063467200000011280178

Num. 11918485 - Pág. 1

20/07/2020

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **743.050.183-49**

Nome: **WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA**

Data de Nascimento: **08/01/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/03/1995**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:02:46** do dia **20/07/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **41FC.8FEE.21F4.87CA**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





Situação das Declarações IRPF 2018

Prezado Contribuinte (CPF 743.050.183-49),

WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF 20/07/2020 - 10:05:36

[Voltar](#)

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).







Situação das Declarações IRPF 2019

Prezado Contribuinte (CPF 743.050.183-49),

WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF 20/07/2020 - 10:04:43

Voltar

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).







Situação das Declarações IRPF 2020

Prezado Contribuinte (CPF 743.050.183-49),

WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF 20/07/2020 - 10:03:30

Voltar

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).







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

164 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002629/2019-70



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 12/07/2019 - 11:38

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

26/05/2019 - 23:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

ALAMEDA JOÃO ISIDORO FRANÇA C/ AV. CASTELO DO PIAUÍ, Nº:

Complemento

Bairro

ITAPERU

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1562498 PI

Mãe: MARIA VIEIRA DA COSTA

Pai: FRANCISCO SOARES DA COSTA

Endereço: RUA MARIANO GAIOSO, Nº 5926

Bairro: SANTA ROSA

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA NIF-5848-PI, COR PRETA, RENAVAM 00160480779, PROP. DE FRANCISCO DAS CHAGAS ALMEIDA CERQUEIRA, E QUE TRAFEGAVA PELA ALAMEDA JOÃO ISIDORO FRANÇA, QUANDO UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA PELA AV. CASTELO DO PIAUÍ, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO POR FRANCISCO DAS CHAGAS DA SILVA, RUA MARIANO GAIOSO, RUA MARIANO GAIOSO, 5926/B, SANTA ROSA, E LEVADO PARA O HOSP. DO BUENOS AIRES. (PRONT. 125710). DEPOIS DEU ENTRADA NO HUT. (PRONT. 409212). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Policia





NOME DO PACIENTE: Wilson Carlos Vieira da Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 409217



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".

Jeanne Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 7390
SAME/HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

| | | |
|-------------------------------|---|-------------------------------------|
| AUTORIZAÇÃO: 634281992 | Nº REGULAÇÃO: 75519 | TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL |
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: | 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D'ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES | |
| ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: | 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | |
| LEITO: | ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA | |
| PACIENTE: | WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA | |
| | NASCIMENTO: 08/01/1978 | |

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

QUEDA DE MOTO HÁ 40 MIN EVOLUI COM FRATURA DE RADIO ESQ DISTAL. SOLICITO AVALIAÇÃO DA EQUIPE DE ORTOPEDIA

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

OMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg) FREQ. CARDÍACA: 60bpm SATURAÇÃO: 99% FREQ. RESPIRATÓRIA: 15rpm

GLICEMIA: NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15 USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 27/05/2019 16:23:08

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAÚDE HUT
CONFERE COM O PRÓVISOR





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 2-CNES 5828856 | Código da Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 4-CNES 5828856 | 240055 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | |
|---|--|
| 5-Nome: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA | 6 - Prontuário: 409212 |
| 7-CNS: 706805704242320 | 8-Nascimento: 08/01/1978 |
| 9-Sexo: Masculino | CPF: 743.050.183-49 |
| 11-Mãe: MARIA VIEIRA DA COSTA | 12-Fone: 86-99591-7764 |
| 13-Resp: GEANE | 14-Fone: 86-99591-7764 |
| 15-Ender: RUA RAIMUNDO DOROTEIA N 1661 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010 | |
| 16-Munic: TERESINA | 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010 |

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

| | |
|---|---|
| 31-Cod.Proced.Princip. 0408020547 | 30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO |
| 31-Cod.Procedimento Especial 0702030023 | 32 - Descrição do Procedimento Especial: ANCORA |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| 38-Profissional Responsável: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA | 40-Tp. Documento: CPF | Quant. Solicidada: 1 |
| 39-Data Solicitação: 30/05/2019 | 40-No.Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72 | |

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

| |
|--|
| <i>Frat. processo coranoide + luxado</i> |
|--|

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|--|-----------------------------|-------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização: / / | 48-CNS/CPF: |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização: | | |

| | | |
|---|--|------------------------------|
| 50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização: ____/____/____ | 52-CNS/CPF: |
| | | 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |

(ANTONIO EURIVAN)

*Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 10390
SAMU 192
CONFERE COM O ORIGINAL*





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 2-CNES 5828856 | Código da Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 4-CNES 5828856 | 240055 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 5-Nome: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA | 6 - Prontuário: 409212 | | |
| 7-CNS: 706805704242320 | 8-Nascimento: 08/01/1978 | 9-Sexo: Masculino | CPF: 743.050.183-49 |
| 11-Mãe: MARIA VIEIRA DA COSTA | | | 12-Fone: 86-99591-7764 |
| 13-Resp: GEANE | | | 14-Fone: 86-99591-7764 |
| 15-Ender: RUA RAIMUNDO DOROTEIA N 1661 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010 | | | |
| 16-Munic: TERESINA | 17-Cod.IBGE: 221100 | 18-UF: PI | 19-CEP: 64000-010 |

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| 31-Cod.Proced.Princip. 0408020059 | 30 - Procedimento Principal / Descrição: ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO | |
| 31-Cod.Procedimento Especial 0702031127 | 32 - Descrição do Procedimento Especial: PROTESE DE CABEÇA DE RÁDIO | Quant. Solicidada: 1 |

Fornecedor da OPM: PIMMES

| | | |
|---|--|--|
| 38-Profissional Responsável: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA | 40-Tp. Documento: CPF | |
| 39-Data Solicitação: 30/05/2019 | 40-No.Doc. Méd. Solic.: 746.635.933-72 | |

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura administrativa do rádio proximal

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização: / / | 48-CNS/CPF: |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização: | | 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |

| | | |
|---|--|------------------------------|
| 50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização: ____/____/____ | 52-CNS/CPF: |
| | | 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) |

*Joana Luisa Mendes de Mesquita
Nátricula: 7390
SAMU HUT
CONFERE COM O ORIGINAL*





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

| | | | |
|--|-------------------------------|-------------|-----------|
| Nome do Paciente | Wilson Carlos V. da Costa | | |
| Diagnóstico pré-operatório | Fratura - luxação do cotovelo | | |
| Operação - Tipo | Redução manual | | |
| Cirurgião | Fernando Cunha | | |
| 2º Assistente | 1º Assistente | | |
| Instrumentador(a) | Geral | Anestesista | Dominique |
| Anestésico(a) | Sedação | | |
| Data da Operação | 28/05/19 | Inicio | Fim |
| Diagnóstico Pós-operatório | | | |
| Relatório Imediato do Patologista | | | |
| Acidente Durante a Operação | | | |
| Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) | | | |
| 1) Reabilitação sob sedação | | | |
| 2) Reparo hematico | | | |
| 3) Redução | | | |
| 4) Tala curvada | | | |
| Dr. Fernando Cunha Ortopedia e Traumatologia CAN-PI 3467 - TEOT 11913 | | | |
| Joana Luísa Mendes de Mesquita Médica - CRM-PI 17390 Santos - CONFERENCIA CONFERENCIA CONFERENCIA CONFERENCIA | | | |

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|--------------|----------------|---|-----------------|------------|
| NOME DO PACIENTE | | | | | Nº DE REGISTRO | |
| DATA: | P. ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA |
| 28/10/2019 | 150/72 | 94 | | | | |
| EXAMES DE SANGUE | GR. SANGUÍNEO | HEMATOMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS | GLICEMIA | DOS. URÉIA |
| EXAMES DE URINA | | | | | | |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | | | | | | |
| SISTEMA CRICULATÓRIO | PCR em RT. | | | ELETROCARDIOGRAMA | | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | | | ASMA | BRONQUITE | |
| SISTEMA DIGESTIVO | | | | SISTEMA URINÁRIO | | |
| ESTADO MENTAL | | | | CORTICOIDES | ATARAXICOS | OUTROS |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO | Politranum MS C | | | FÍSICOS | | |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) | 10.00 / 20.20 | | | APLICADO AS | EFEITOS | |
| TOTAL DE DOSES | | | | | | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | OXIGÊNIO 1 2 3 | | | | A.V.P - Jel 20% | |
| LÍQUIDOS | SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100 | | | | Monifum 200ml | |
| TEMPERATURA T | 260 240 220 200 180 160 38 | 94.4 91.8% | | | Fentanil 200µg | |
| P. ARTERIAL V O PULSO | 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10 | | | | Propofol 120mg | |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X | | | | SEQUENCIA | | |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO | | | | 1 80g SV | | |
| RESPIRAÇÃO O | | | | 2 200g - 500g | | |
| SÍMBOLOS | | | | | | |
| TÉCNICAS | Sedocal Venoso com | | | DURAÇÃO | | |
| OPERAÇÕES | Redução Encravado | | | 02:00% | | |
| CIRURGIÕES | femoral | | | | | |
| ANESTESISTAS | Wilson | | | | | |
| PARCERIA | | | | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS | | |
| MOD 76 - HUT | | | | Dr. Wilson Ribeiro Soares Médico Anestesiologista CRM-PB 16941 CM-ABJ | | |



PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda

ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.

Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458

CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí

C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Wilson Carlos Vieira da Costa

Nº AIH: 240055

Nº do Prontuário: 409212 Data da Internação: _____ / _____ / _____

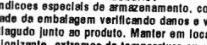
Procedimento Médico Realizado: 0408020547

Indicador de Compatibilidade: 0702030023

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Fernando

CRM Nº _____ CPF Nº _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 30/05/19 DATA DA ALTA: _____ / _____ / _____

| Código Ropm Nº | DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Fornecido, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...) |
|-------------------|---|
| | ANCORAS OSSEAS DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM REG. ANVISA N.80297610024 |
| | COD: 09010050E LOT: 0038A19 ANCORAS OSSEAS DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM USO UNICO - ESTERIL PROIBIDO REPROCESSAR |
| | 2701025 - ANCORAS DE SUTURA ORTOPEDICA Conteúdo |
| | 1 - ANCORAS OSSEAS DE TITANIO ANCORAGGI ECO 5MM M. Prima: LIGA DE TITANIO / FIOS DE POLIESTER Norma: ASTM F136 / USP 2 |
| |  Fabricante, comércio e distribuição: Iconacy Ind e Com de Prod Médico CNPJ: 07.372.567/0001-00 R. São José n. 807 - Lote 2 - Quadra AB Pq. Industrial São José Cotia - SP - Brasil CEP: 06716-862 |
| |  Autoriz. de Funcionamento Anvisa FAVW54XH84XY1 Resp. Técnico Gianfranco Della Vittoria CREA - SP 5063353935 |
| |  Condições especiais de armazenamento, conservação e manipulação: verificar integridade da embalagem verificando danos e validade. Não colocar objeto pesado ou pressionando junto ao produto. Manter em local seco e não expor à luz solar, radiação ionizante, extremos de temperatura ou contaminantes particulados. Não armazenar acima de 120°F ou 46°C. Instruções para uso, advertências e precauções: vide Instruções para uso. |
| |  Atenção  Use único  Fabricado 21/01/19  Validade 21/01/21  Estéril |

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material(s) acima discriminado do paciente retro citado.

Teresina 30 de Maio de 2019

Nome do Hospital: HUT Zenon Rocha

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Nome: Júlia

Joana Luisa Mendes Mesquita
Matr.: 17390
SAE/HUT
CONFIRMO O ORIGINAL





HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES

Rua Miguel Alves S/N Buenos Aires - Fone: 86 3215-9176
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 17.577.205/0001-37

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

| | | |
|--|--------------------------------|-----------------------|
| Nome: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA | | Prontuário: 125710 |
| Mãe: MARIA VIEIRA DA COSTA | Pai: FRANCISCO SOARES DA COSTA | |
| End. Resid.: RUA ALTOS 5301 - ALTO ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: - | | |
| Nascimento: 08/01/1978 | Idade: 41a4m19d | Sexo: Masculino Fone: |
| Responsável: O MESMO | CNS: 706805704242320 | |
| Profissão: | Documento: RG: 1562498 - SSPI | |
| G. Instrução: Não informado | E.Civil: Solteiro(a) | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|---|------------------------------|---------------|---------|
| Código: 144809 | Entrada: 27/05/2019 00:04:17 | Convênio: SUS | Proced: |
| Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA COM MOTOCICLISTA | | | |
| Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS | | | |

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

| | | |
|--------------------------------|--|-------------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação: | Classificação: | Cor: |
| | <i>HOSPITAL GERA DO BUENO APES.</i> <i>ENTREGUE</i> <i>Documento Conforme Origem</i> <i>THE 25/05/19</i> <i>Setor Produção</i> | <i>Indefinido</i> |
| Breve História Clas. Risco: | | |

| | | | | |
|---------------------------|-----------|------------------------|------------|---------------|
| SSVV: (Hora: ____ : ____) | | | | |
| Peso: Kg | Altura: M | IMC: Kg/m ² | Pulso: bmp | Pressão: mmHg |

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Auxda de moto evolu com dor em
braço esq soluto Rx.
Rx: fratura rádio

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

| | |
|------------------------|--|
| Exames Complementares: | |
|------------------------|--|

| | | |
|--------------------|---|-------------------------------------|
| Prescrição Médica: | <i>- As HGT</i> <i>- Dipirona 1gr/4h</i> <i>- Voltaren-1gr/4h</i> | <i>M-00 laringo</i> <i>24/27</i> |
|--------------------|---|-------------------------------------|

| | | | |
|------------------------------|-------------|---------|--|
| Motivo da Alta/Encerramento: | DATA: / / . | HORA: : | <i>Dr. Roberto Júnior Sales Falcão Viana</i> <i>CRM 1974</i> <i>Otorrinolaringologista</i> |
|------------------------------|-------------|---------|--|

Nayma Piedel Vieira
Assinatura Paciente ou Responsável





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

| | | | |
|--|---|------------------------|------------------------------|
| Nome do Paciente | Wilson Carlos Vilma da Costa | | |
| Diagnóstico pré-operatório | Fractura da cabeça do nódulo + processo coronoide | | |
| Operação - Tipo | Antraplastia da cabeça do nódulo + ressecção da junta | | |
| Cirurgião | DR. Fernando | 1º Assistente | coronoide e hincimento capaz |
| 2º Assistente | | 2º TSE | |
| Instrumentador(a) | Anestesista | Dr. Hamilton Anestesia | |
| Anestésico(a) | | | |
| Data da Operação | Início | Fim | |
| Diagnóstico Pós-operatório | | | |
| Relatório Imediato do Patologista | | | |
| Acidente Durante a Operação | <i>José Luís Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME HUT VERE COPIA ORIGINAL</i> | | |
| Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) | | | |
| 1) Fase SDS sob bloqueio + sedação | | | |
| 2) Reparo hablador | | | |
| 3) Via oblíqua lateral do nódulo | | | |
| 4) Ressecção dos fragmentos do coluna de | | | |
| 5) Ressecção da cabeça do nódulo | | | |
| 6) Ressecção da cápsula articular e dorso | | | |
| 7) Cimentação do protótipo da cabeça do nódulo | | | |
| 8) Lavagem c/ SFQ 9% | | | |
| 9) Sutura peritoneal | | | |
| 10) Curativo | | | |

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

| | | | | | | | |
|---|--|-----------------------|--------------|------------------------------------|--|----------|------------|
| NOME DO PACIENTE | | Carlos Vilma da Costa | | | Nº DE REGISTRO | 404212 | |
| DATA: | 30/05/19 | P. ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA |
| EXAMES DE SANGUE | | GR. SANGUÍNEO | HEMATIMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS | GLICEMIA | DOS. URÉIA |
| EXAMES DE URINA | | | | | | | |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA | | | | | | | |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO | > sem alterações | | | ELETROCARDIOGRAMA | | | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | | | ASMA BRONQUITE | | | |
| SISTEMA DIGESTIVO | | | | SISTEMA URINÁRIO | | | |
| ESTADO MENTAL | | | | CORTICOIDES | ATARAXICOS | OUTROS | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO | Fratura de Cabeça noto | | | FÍSICOS II | | | |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) | | | | APLICADO AS | EFEITOS | | |
| TOTAL DE DOSES | | | | | | | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | OXIGÉNIO | 93% / 1 min 100ml | | | Bayerle Intubação c/ estímulos | | |
| LÍQUIDOS | SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100 | SF 100 ml | | | alívio de dor sequência 15r | | |
| TEMPERATURA T | C° | Sat 99% / 100% / 100% | | | 1 ✓ Ropiv. Si 3 ✓ Uox + Spu 5 ✓ Uox + Spu 6 ✓ Uox + Spu 7 ✓ Uox + Spu 8 ✓ Uox + Spu 9 ✓ Uox + Spu 10 ✓ Cgutam 3 11 ✓ Uox + Spu 12 ✓ Uox + Spu 13 ✓ Uox + Spu 14 ✓ Uox + Spu 15 ✓ Uox + Spu | | |
| P. ARTERIAL V O PULSO | 38 | | | | EL | | |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X | | | | | | | |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO | | | | | | | |
| RESPIRAÇÃO O | | | | | | | |
| SÍMBOLOS | VPA - F - | | | | DURADÃO | | |
| TÉCNICAS | Bayerle Intubação c/ estímulos | | | INCIDENTE - ACIDENTE | | | |
| OPERAÇÕES | osteomíse fratura noto | | | ro | | | |
| CIRURGIÕES | Dr. Fernando + Dr. L. | | | | | | |
| ANESTESISTAS | Dr. Hamilton bens | | | | | | |
| José Luisa Monteiro Mesquita Data: 05/06/2020 COFERTE - FOTO ORIGINAL | | | | CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS | | | |
| PARTECULARIDADES | | | | | | | |
| MOD 76 - HUT | | | | | | | |

José Luisa Monteiro Mesquita
Data: 05/06/2020
COFERTE - FOTO ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

| | | |
|---|------------------------|---|
| <u>Nome:</u> WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA | | <u>Prontuário:</u> 409212 |
| <u>Mãe:</u> MARIA VIEIRA DA COSTA | | <u>Pai:</u> FRANCISCO SOARES DA COSTA |
| <u>End.Resid.:</u> RUA RAIMUNDO DOROTEIA N 1661 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 | | |
| <u>Nascimento:</u> 08/01/1978 | <u>Idade:</u> 41a4m19d | <u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99591-7764 |
| <u>Responsável:</u> GEANE | | <u>CNS:</u> 706805704242320 |
| <u>Profissão:</u> ACOUGUEIRO | | <u>Documento:</u> CPF: 743.050.183-49 |
| <u>G. Instrução:</u> Não informado | | <u>E.Civil:</u> Solteiro(a) |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <u>Código:</u> 723697 | <u>Entrada:</u> 27/05/2019 17:35:00 | <u>Convênio:</u> S U S | <u>Proced:</u> 0301060061 |
| <u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | | | |
| <u>Condução:</u> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS | | | |

^X DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| <u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES | <u>Classificação:</u> Dor leve recente | <u>Cor:</u> Verde |
|--|---|-----------------------------|

| | |
|---|---|
| <u>Breve História Clas. Risco:</u> ENCAMINHADO DA UPA DO BUENOS AIRES, APRESENTA DOR E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MSE. RX EVIDENCIOU FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. | ALINE SAMARA DA SILVA COREN PI - 284368 Em: 27/05/2019 17:50:56 |
|---|---|

| | | | | | |
|----------------------------------|---------------|----------------|-----------------------------|---------|---------------|
| <u>SSVV:</u> (Hora: ____ : ____) | Peso: 0,00 Kg | Altura: 0,00 M | IMC: 0,00 Kg/m ² | P脉: bmp | Pressão: mmHg |
|----------------------------------|---------------|----------------|-----------------------------|---------|---------------|

| | |
|---|--|
| <u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> TRAUMA | |
|---|--|

| | |
|----------------------------------|-------------|
| <u>Diagnóstico Inicial:</u> ? | <u>CID:</u> |
|----------------------------------|-------------|

| |
|-------------------------------|
| <u>Exames Complementares:</u> |
|-------------------------------|

| | |
|---------------------------|---|
| <u>Prescrição Médica:</u> | <i>Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME/HUT CONFIRMA ORIGINAL</i> |
|---------------------------|---|

| | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------------|------------------|---|
| <u>Motivo da Alta/Encerramento:</u> | <u>Observação (Adulto)</u> | <u>DATA:</u> / / . | <u>HORA:</u> : . | <i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM PI 3054</i> |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------------|------------------|---|

Assinatura Paciente ou Responsável

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO
CRM PI 3054 Em: 27/05/2019 17:53:24



240055

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**240055**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 5-Nome: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA | 6 - Prontuário: 409212 | | |
| 7-CNS: 706805704242320 | 8-Nascimento: 08/01/1978 | 9-Sexo: Masculino | CPF: 743.050.183-49 |
| 11-Mãe: MARIA VIEIRA DA COSTA | | | 12-Fone: 86-99591-7764 |
| 13-Resp: GEANE | | | 14-Cor: Sem Informação |
| 15-Ender: RUA RAIMUNDO DOROTEIA N 1661 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010 | | | |
| 16-Munic: TERESINA | 17-Cod.IBGE: 221100 | 18-UF: PI | 19-CEP: 64000-010 |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Trauma, dor, deformidade, impotência funcional e edema no rosto.
verno (E)*

21 - Condições que justificam a internação:

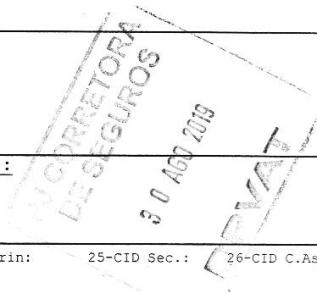
TO critica.

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

TR

23 - Diagnóstico Inicial:
(Informação Posterior)

24-CID Prin: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:



PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO Tempo SU 9999

| | | | |
|---|---|--|---|
| 29-Clinica: | 30-Caráter: Ident.: 02 | 31-Docum.: 01 | 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 746.635.933-72 |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA | 34-Data Solicitação: 30/05/2019 | <i>Dr. Fernando da Silva Feitosa CRM-PI 3467 / CRM-SP 11700 35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)</i> | |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

| | | | |
|----------------------------------|---------------------|------------------|-----------|
| 36-() Acidente de Trânsito | 39-CNPJ Seguradora: | 40-No.Bilhete: | 41-Série: |
| 37-() Acidente Trabalho Típico | 42-CNPJ Empresa: | 43-CNAE Empresa: | 44-CBOR: |
| 38-() Acidente Trabalho Trajeto | | | |

45 - Vínculo com a Previdência:
 Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

| | |
|--|----------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização: |
|--|----------------------|

| | |
|---|--------------------|
| 48-Documento: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF | 49-Num. Documento: |
|---|--------------------|

| | |
|--|---|
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável: | Usuário: (ANTONIO EURIVAN) Consulta Local: 723697 Consulta SUS: Impressão: 30/05/2019 15:44:05 |
|--|---|



239865

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

209208

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | | |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 2-CNES 5828856 | Código da Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 4-CNES 5828856 | 239865 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | |
|---|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| 5-Nome: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA | 6 - Prontuário: 409212 | | |
| 7-CNS: 706805704242320 | 8-Nascimento: 08/01/1978 | 9-Sexo: Masculino | CPF: 743.050.183-49 |
| 11-Mãe: MARIA VIEIRA DA COSTA | | | 12-Fone: 86-99591-7764 |
| 13-Resp: GEANE | | | 14-Cor: Sem Informação |
| 15-Ender: RUA RAIMUNDO DOROTEIA N 1661 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010 | | | |
| 16-Munic: TERESINA | 17-Cod.IBGE: 221100 | 18-UF: PI | 19-CEP: 64000-010 |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

ACIDENTE COM TRAUMA NO MSE HA + 24H
DOR EDEMA LOCAL COTOVELO E PUNHO ESQ
RX FRATURA RADIO DISTAL, 1º MTC E LUXAÇÃO COTOVELO COM FRAT CABEÇA RADIO

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

EXAME CLINICO E RX

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

24-CID Prin: 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| 1-Cod.Proced.: 0415030013 | 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO | Tempo SUS 9999 |
| 29-Clinica: | 30-Caráter: Ident.: 02 01 CPF 776.327.023-34 | 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação: 27/05/2019 |
| | | 35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM) |
| | | <i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM PI 3054</i> |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

| | | | |
|----------------------------------|---------------------|------------------|-----------|
| 36-() Acidente de Trânsito | 39-CNPJ Seguradora: | 40-No.Bilhete: | 41-Série: |
| 37-() Acidente Trabalho Típico | | | |
| 38-() Acidente Trabalho Trajeto | 42-CNPJ Empresa: | 43-CNAE Empresa: | 44-CBOR: |

| | |
|---------------------------------|---|
| 45 - Vínculo com a Previdência: | () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado |
|---------------------------------|---|

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|--|--|--|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização: | <i>Joana Luisa Mendes da Silva Matrícula: 47390 SAU/HUT CONFERE COPIA ORIGINAL</i> |
| 48-Documento: | 49-Num. Documento: ()CNS ()CPF | |
| 50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho) | | |

| | |
|---|---|
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Xjeron da Silveira</i> | Usuário: (CAIO VAZ) Consulta Local: 723697 Consulta SUS: Impressão: 27/05/2019 18:29:55 |
|---|---|



**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: | WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA | (Prontuário: 409212) |
| Endereço: | RUA RAIMUNDO DOROTEIA N 1661 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010 | |
| Nascimento: | 08/01/1978 | Idade: 41a4m20d |
| | Sexo: Masculino | Origem: INTERNAÇÃO |
| Requisição: | 959274 | Solicitação: 28/05/2019 |
| Controle: | 1227334 | Convênio: S U S |
| | Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO | |
| | CLINICA ORTOPEDICA - P11 | |
| | ENFERMARIA 230 | LEITO 08 |

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020015

Data Exame: 28/05/2019

T.C. DE COTOVELO ESQUERDO

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

- FRATURA COMPLETA DA METÁFISE DISTAL DO RÁDIO, COM FRATURA EPIFISÁRIA COMINUTA.
- LUXAÇÃO DO COTOVELO, COM DESLOCAMENTO ANTERIOR DA EXTREMIDADE DISTAL DO ÚMERO.
- DENSIFICAÇÃO E EDEMA DE PARTES MOLES CIRCUFERENCIAIS DO COTOVELO.

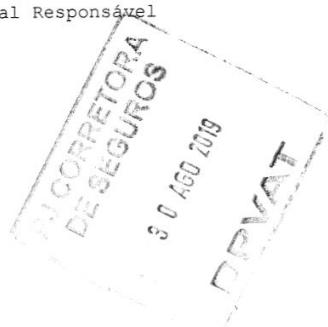
(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 28/05/2019

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável



Joana Luísa Mendes de Mesquita
Número: 47390
CAMPANHA
HUT





CLÍNICA ORTOPÉDICA BUENOS AIRES

Clínica Ortopédica Buenos Aires

Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires

Fones: (86) 3214-1600 - CEP 64.009-330 - Teresina-Piauí

E-mail: clinicacob@hotmail.com

Sr(a). WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 26/05/2019

BO=100203.002629/2019-70

HD- LUXAÇÃO DE COTOVELO E +
FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO E

FEITO TRATAMENTO CIRURGICO DE
LUXAÇÃO DE COTOVELO E + FRATURA
DA CABEÇA DO RÁDIO E COM ARTRO-
PLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO .

EF = DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL
SEVERA EM COTOVELO E
F DE 35 GRAUS

RX CONTROLE DE PROTESE DE CABE-
ÇA DO RÁDIO E

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 75 % EM COTOVELO E

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
TELEF: 8064

Teresina 18 de Setembro de 2019

Dr. Edmar de S Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI



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, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190506694 Vítima: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Data do Acidente: 26/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

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

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.531,25 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: WILSON CARLOS VIEIRA DA COSTA

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000001606**

Conta: **0000087115-9**

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, retorno 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

00040647
 Pag. 01293/01294 - carta_30 - INVALIDEZ

