

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 08/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

**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 quadril | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                      |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 19/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO AMBULATORIAL, COM EXAMES DE IMAGEM RAIOS X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO. SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA NO ACETABULO DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL (ROTACAO, FLEXAO E EXTENSAO), COM DOR IRRADIADA PARA MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO QUADRIL DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** FRATURA ENTIGA CONSOLIDADA DA TIBIA DISTAL DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSO

**Médico examinador:** Frederico Fonseca de Oliveira

**CRM do médico:** 5058

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um quadril | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                      |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA NO ACETABULO DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL (ROTACAO, FLEXAO E EXTENSAO), COM DOR IRRADIADA PARA MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO QUADRIL DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** FRATURA ENTIGA CONSOLIDADA DA TIBIA DISTAL DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSO

**Médico examinador:** Frederico Fonseca de Oliveira

**CRM do médico:** 5058

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um quadril | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                      |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Raimundo Pereira Silva

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: casado

Profissão:

Identidade: 2.26.656.951/Dikran-Pi

CPF: 184.721.843-15

Endereço: Rua Manoel Pereira

Bairro: Centro

Cidade: Joazeiro do Piauí

CEP: 64.275.000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Jose de Macedo Moraes

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: casado

Profissão: Autoromo

Identidade: 2.724.200

CPF: 048.056.943-60

Endereço: Rua Benjamin Constant, 852

Bairro: Centro

Cidade: Campo Maior

CEP: 64.280.000

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandado; da qual figura como vítima, Raimundo Pereira Silva  
Ocorrido acidente de trânsito.

Local: Campo Maior

UF: PI

Data: 18 de maio de 2018.

Cartório Único  
Campo Maior - PI

Raimundo Pereira Silva

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)



ORIGINAL

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA NO ACETABULO DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL (ROTACAO, FLEXAO E EXTENSAO), COM DOR IRRADIADA PARA MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO QUADRIL DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** FRATURA ENTIGA CONSOLIDADA DA TIBIA DISTAL DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSO

**Médico examinador:** Frederico Fonseca de Oliveira

**CRM do médico:** 5058

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um quadril | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                      |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Nº Sinistro: 3180312024

Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Data do Acidente: 15/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180312024**.

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 13087073



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO PEREIRA SILVA  
Nº Sinistro: 3180312024  
Vitima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA  
Data do Acidente: 15/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180312024**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Sinistro: 3180312024  
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA  
Data do Acidente: 15/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

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 3180312024** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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<br>184.721.843-15 | Nome completo da vítima<br>Raimundo Pereira da Silva |
|---------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|

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

|                                            |                                        |                                  |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|
| Nome completo<br>Raimundo Pereira da Silva | CPF titular da conta<br>184.721.843-15 | Profissão<br>Autônomo            |
| Endereço<br>Rua Inácio Pereira             | Número<br>339                          | Complemento                      |
| Bairro<br>Centro                           | Cidade<br>Jatobá do Piauí              | Estado<br>Piauí                  |
| E-mail                                     | CEP<br>64.275.000                      | Telefone (DDD)<br>(86) 981374015 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                            |                                                                                                                                                                                                                   |                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR<br><input type="checkbox"/> SEM RENDA<br><input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00<br><input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00                                                                                         |                                                            | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00<br><input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00<br><input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00<br><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |                                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRASESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)<br><input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                            | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)                                                                                                                                                  |                                                      |
| AGÊNCIA<br>NRO. 0616<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                                  | D/V<br>CONTA<br>NRO. 81570<br>(Informar dígito se existir) | BANCO<br>Nome: 09 JUL 2018<br>NRO.                                                                                                                                                                                | AGÊNCIA<br>NRO. 0616<br>(Informar dígito se existir) |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                            | CONTA<br>NRO. DPVAT<br>(Informar dígito se existir)                                                                                                                                                               | D/V                                                  |

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 agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jatobá do Piauí, 28 de junho de 2018

Lugar e Data

Raimundo Pereira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CORRETORA  
DE SEGUROS

09 JUL 2018

DEVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180312024  
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Pereira Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Pereira, 339  
Centro Jatoba do Piauí PI CEP: 64275-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 226656  
Data local do acidente: [ 15/04/2018 ]  
Data local do exame: [ 14/08/2018 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA COMINUTIVA NO ACETABULO DIREITO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR**  
**Complicações: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO**  
**Data da Alta: 16/05/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL (ROTACAO, FLEXAO E EXTENSAO), COM DOR IRRADIADA PARA MÊMBO INFERIOR DIREITO**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim      ☐ ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim      ☐ ( ) Não

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

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO QUADRIL DIREITO COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL (ROTACAO, FLEXAO E EXTENSAO), COM DOR IRRADIADA PARA MÊMBO INFERIOR DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

☐ ( ) "Vítima em tratamento"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias*

☐ ( ) "Sem sequela permanente"

*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**QUADRIL - Lado Direito**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☒ (X) 25% leve  
☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve  
☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve  
☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve  
☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**FRATURA ENTIGA CONSOLIDADA DA TIBIA DISTAL DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSO**

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Frederico Fonseca de Oliveira  
CPF - 047.547.326-42  
CRM/PI - 5058





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000027/2018-86**

Unidade de Registro: 5ª DRPC - CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Francisco Das Chagas Silva

Data/Hora: 03/07/2018 - 12:15

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE JATOBÁ DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

JATOBÁ DO PIAUÍ

Endereço

ASSENTAMENTO BAIXÃO DOS TUCUNS, Nº:

Complemento

Data/Hora

15/04/2018 - 16:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

RESIDENCIA DO SR. MIGUEL ABEL

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: **RAIMUNDO PEREIRA SILVA**

RG: 226656 SSP PI

Mãe: ALZIRA PEREIRA DA SILVA

Pai: FIDELARINDO LOPES DA SILVA

Endereço: AV FRANCISCO PEREIRA, Nº 0

Complemento: CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ - CEP: 64275-000

Telefone(s): 86-8106-6972 86-8117-4760

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: **WILLIANS SHELDON SILVA SOUSA**

Mãe: LUIZA PEREIRA DA SILVA

Pai: FRANCISCO DE SOUSA SOBRINHO

Endereço: RUA CEL. EULALIO FILHO, Nº 382

Bairro: CENTRO

Cidade: CAMPO MAIOR - CEP: 64280-000

Telefone(s): 86-3252-2424

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Nome: **ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA OLIVEIRA**

RG: 2011382 SSP PI

Mãe: MARIA DAS DORES SOUSA

Pai: ANTONIO FIRMINO DE SOUSA

Endereço: RUA RAIMUNDO LULU, Nº 15

Complemento: CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JATOBÁ DO PIAUÍ - CEP: 64275-000

Telefone(s): 86-8137-4015

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA NOTICIAR QUE NO DIA 15 DE ABRIL DE 2018 POR VOLTA DAS 16:00 HORAS APROXIMADAMENTE QUANDO O NOTICIANTE TRAFEGAVA EM UMA ESTRADA VICINAL CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA MODELO: YAMAHA/XTZ 150 CROSSER E ANO/FAB:2017/2017,COR: CINZA,PLACA:PI5-2995,CÓD-RENAVAN:01123803770,CHASSI Nº 9C6DG2520H0011411, ESTANDO LICENCIADA EM NOME DE EDINALDO RODRIGUES LIMA, E QUE PRÓXIMO À RESIDENCIA DO SENHOR MIGUEL ABEL NAS IMEDIAÇÕES DO ASSENTAMENTO BAIXÃO DOS TUCUNS,ZONA RURAL DE JATOBÁ DO PIAUÍ FOI SURPREENDIDO POR A INVASÃO DE UM ANIMAL DE ESPÉCIE CAPRINO QUE INVADIU A ESTRADA VICINAL E QUE O CONDUTOR AO TENTAR DESVIAR DO MESMO PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR; QUE DO ACIDENTE O NOTICIANTE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA COMINUTIVA NO ACETÁBULO DIREITO E DERRAME ARTICULAR NO QUADRIL





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 254849.000027/2018-86**

DIREITO; QUE DO LOCAL DO ACIDENTE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE PASSAVAM LOGO APÓS O ACIDENTE E LEVADO PARA A CIDADE DE CAMPO MAIOR-PI, ONDE O MESMO DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL; FOI ATENDIDO POR A MÉDICA PLANTONISTA DR.ª CAROLINA COELHO MELLO. CRM-PI 6460, FOI AVALIADO E ENCAMINHADO PARA INTERNAÇÃO E QUE NO DIA SEGUINTE FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA-PI PARA MELHORES AVALIAÇÕES MÉDICAS. DECLARAÇÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE. NADA MAIS.

*Francisco Das Chagas Silva*  
Francisco Das Chagas Silva - Mat. 0095109  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

*RAIMUNDO PEREIRA SILVA*  
RAIMUNDO PEREIRA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

\_\_\_\_\_  
Delegado de Polícia



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

Raimundo Pereira da Silva

CPF da Vítima

184.721.843-15

Data do Acidente

15/04/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

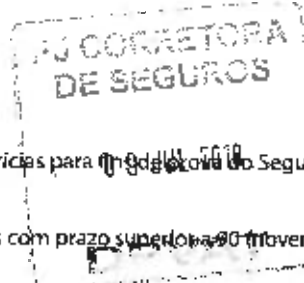
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de 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 da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

**UNIVERSAL**

João do Raimundo de junho de 2018  
Local e Data

Raimundo Pereira da Silva SK

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR  
CONTORNO,  
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR - 64280-000  
CNPJ: 06553564000642  
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

### Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P017

Data: 15/04/2018

Funcionário: CARLA

Registro: 703/0

Hora: 17:29:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 77

SUS

### RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Nasc.: 24/04/1958 Idade: 59 ANOS, 11 MESES, 21 Profissão:  
End.: FRANCISCO PEREIRA, 0 CASA Bairro: CENTRO  
Cor: PARDA Telefone: (86) 9811-16636 Mãe: ALZIRA PEREIRA SILVA

CPF: - RG: 1.358.746 - SUS: 209241947010004

Civil: CASADO(A) CEP: 64275-000

Cidade: JATOBA DO PIAUI/PI

Pai: FIDELERINO LOPES DA SILVA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

### Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Hora: \_\_\_\_\_

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

Daniel Alves Leite  
ENFERMEIRO  
501.876 GOREN

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: CLIENTE RELATANDO QUEDA DE MOTOCICLETA COM ALGIA EM MID

Alergias: DIPIRONA, ANTIBIOTICO

Medicação Usual: LOSARTAN

PA: 0 mmHg 160/90 TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0 09 JUL 2018

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: HAS

Condulta:

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino: \_\_\_\_\_

CAMILA RIBEIRO DA SILVA  
Paciente ou Responsável

6460 - CAROLINA COELHO MELLO  
Médica Responsável

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/São - Teresina - PI  
CEP: 64.000-000 | Tel: (86) 321-1000  
Site: www.cepiaui.com.br | E-mail: atendimento@cepiaui.com.br  
Regist. Especial de Emp. Simples do MEI nº 06.000.000

Nº da Nota Fiscal: 004856660

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de Abril de 2002

| CONTA MES  | VENCIMENTO | CONSUMO (KWH) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| ABRIL/2018 | 30/04/2018 | 103           | 94,62               |

RAIMUNDO PEREIRA SILVA  
R. FRANCISCO PEREIRA DE OLIVEIRA 339 382B-URBANO  
CPF: 00018472184315  
CEP: 64.275-000 - JATOBÁ DO PIAUÍ

ROT: 315.011.15.05.206800

| DADOS DA LEITURA         |       | DATAS DA LEITURA |            |
|--------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual:                   | 8564  | Atual:           | 24/04/2018 |
| Anterior:                | 8461  | Anterior:        | 22/03/2018 |
| Consumo de Multiplicação | 1,000 | Próxima Leitura  | 22/05/2018 |
| Consumo Mensal           | 103   | Enciclação       | 20/04/2018 |
| Consumo Estimado         | 103   | Apresentação     | 24/04/2018 |

NORMAL

33

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |      |             |                |
|------------------------------|---------|----------------|------|-------------|----------------|
| Categoria/Subcategoria       | Ligação | Número Medidor | Tipo | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL                  | MOMO    | A861334        |      | 1.1.1.1     | 93             |

| HISTÓRICO LKWH       | DESCRIÇÃO DA CONTA                   |
|----------------------|--------------------------------------|
| MAR/18 91            | CONSUMO 103 A R\$ 0,74/255 = 76,96   |
| FEV/18 94            | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 14,26 |
| JAN/18 92            | CORRECAO MONETARIA IG 01/18-00 0,61  |
| DEZ/17 88            | MULTA POR ATRASO 01/18-00 1,38       |
| NOV/17 98            | JUROS DE MORA DE IMPO 01/18-00 1,41  |
| OUT/17 102           |                                      |
| SET/17 103           |                                      |
| AGO/17 82            |                                      |
| JUL/17 79            |                                      |
| JUN/17 89            |                                      |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: |                                      |
| A R 103 - 0,550393   |                                      |

CORRETORA  
DE SEGUROS

09 JUL 2018

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 03/2018  
Valor: R\$ 87,99

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 03/05/2018, em função das contas inadimplidas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar em corte e inclusão do nome do consumidor no SERASA. Informações sobre esta situação podem ser obtidas no site www.cepiaui.com.br ou pelo telefone 0800-066-0000. Caso tenha efetuado o pagamento favor descongelar esta aviso.

"ALÍQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO N. 17.583, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017."  
LIGUE 0800-066-0000 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO AFEA.9338.6511.F57B.8C1F.B531.4E31.04CD

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Descontos                 | 16,38 | Base de Cálculo         | 76,96  |
| Energia                   | 30,97 | Alíquota de ICMS        | 22,00% |
| Transmissão               | 4,87  | Valor de ICMS           | 16,93  |
| Outros                    | 4,93  | Valor do ICMS           | 0,53   |
| Tributos                  | 19,89 | Valor do ICMS           | 2,43   |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27 14,53 29,06 3,86 7,73 15,45 4,14  
0,00 0,00 0,00

CAMPO MAIOR

02/2018

27,41

ROT: 315.011.15.05.206800





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

Supervidência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ferreira de Macedo Noronha inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.056.943 / 60,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Pereira Silva, inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 184.721.843 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima  
Raimundo Pereira Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 184.721.843 / 15, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                           |                               |                        |                         |
|---------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------------|
| Endereço<br><u>Rua 21</u> |                               | Número<br><u>214</u>   | Complemento<br>.        |
| Bairro<br><u>Imbaro</u>   | Cidade<br><u>Campos Novos</u> | Estado<br><u>PI</u>    | CEP<br><u>64280-000</u> |
| Telefone comercial (DDD)  |                               | Telefone celular (DDD) |                         |

Campos Novos de Maranhão

Local e Data

09 de Julho 2018

Ferreira de Macedo Noronha  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edinaldo Rodrigues Lima,  
RG nº 2.186.172, data de expedição 04/06/1997,  
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 577.579.843-00, com  
domicílio na cidade de Campo Maior, no Estado de  
Piauí, onde resido na  
(Rua/Avenida/Estrada) Rua José Alves da Silva XVI, nº  
303, complemento Parque dos Estúdios declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha  
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima:  
Raimundo Pereira Silva, cujo o  
condutor era: Raimundo Pereira Silva.

Veículo: Motocicleta  
Ano: 2017/2017  
Modelo: YAMAHA/XTZ 150 CROSSER E  
Placa: PI5 - 2995  
Chassi: 9C6D62520H00M433  
Data do Acidente: 15/04/2018

Local e Data: Campo Maior; 03/07/2018



Cartório Único  
Campo Maior-PI

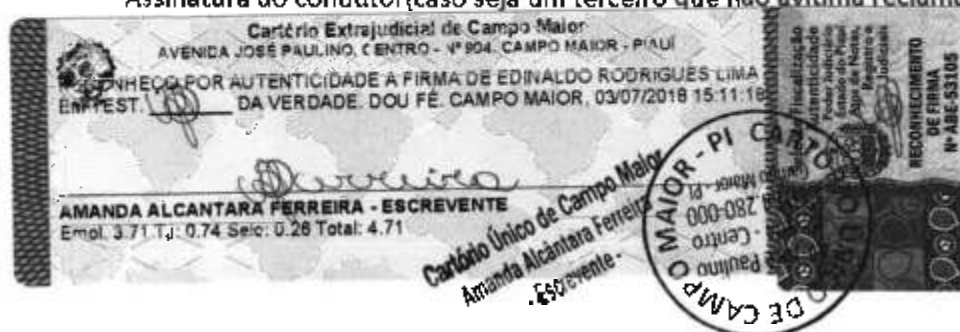


Edinaldo Rodrigues Lima

Assinatura do Declarante

ORIGINAL

Assinatura do condutor(caso seja um terceiro que não avítima reclamante do sinistro)





CONTORNO, SAO LUIZ, CAMPO MAIOR - 64280-000  
CNPJ: 06553564000642  
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Registro: 20370  
Hora: 17:29:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO  
SUS

Senha 77

CPF: - RG: 1.358.746 - SUS: 209241947010004

Civil: CASADO(A) CEP: 64275-000  
Cidade: JATIBA DO PIAUI/PI  
Pai: FIDELERINO LOPES DA SILVA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGENCIA

Procedimentos

0301060118 ACOULHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO  
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Interação

Exames Complementares:

Paciente em dor no joelho D e sobre  
o tornozelo D após acidente de moto  
relatado a ocorrência

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica

1) - Rx de joelho D, laço X de tornozelo D  
2) - Etopirina 25mg - 1cp, 3x ao dia  
3) - Clonazepam 1mg - 1comp + 1comp de 15mg, 1x  
4) - SVD

Domênia Alves Leite  
ENFERMEIRA  
501.876-00000000

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: CLIENTE RELATANDO QUEDA DE MOTOCICLETA COM ALGIA EM MID

Medicação Usual: LOSARTANA

FR: 0 mpm  
Peso: 0 kg  
ECG: 0  
SAT 02: 0 0 9 JUL 2018

Observação: HAS

Condição:

Dados de Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência ☐ Destino:

288112 - EMANUELA DE OLIVEIRA SOUSA  
Enfermeiro Responsável

6460 - CAROLINA COELHO MELLO

Dr. Carolina Coelho Mello  
MEDICA  
CRM-PI 6460

CAMILA RIBEIRO DA SILVA

Camilla Ribeiro da Silva  
Paciente ou Responsável



CONTORNO,  
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR - 64280-000  
CNPJ: 06553564000642  
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Senha 77

SUS

Registro: 70370  
Hora: 17:29:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P017  
Data: 15/04/2018

Funcionario: CARLA

CNPJ: - RG: 1.358.746 - SUS: 209241947010004

AIMUNDO PEREIRA SILVA

Idade: 59 ANOS, 11 MESES, 21

Profissão:

Bairro: CENTRO

Mãe: ALZIRA PEREIRA SILVA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Procedimentos

30106018 ACOLOHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

Interrupção

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Paciente com dor no punho e cotovelo  
após acidente de moto  
Alergia a aspirina

Prescrição Médica:

10 - Rx de punho e cotovelo  
Etoposide 25mg - 1cp, 1x ao dia  
Clonazepam 100mg - 1amp + 100ml de Sg 9%, EV

Daniel Alves Leite  
ENFERMEIRO  
501.876 CORDEIRO

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: CLIENTE RELATANDO QUEDA DE MOTOCICLETA COM ALGIA EM MID

Alergias: DIPIRONA, ANTIBIOTICO

Medicação Usual: LOSARTANA,

DE 30 DIAS

09 JUL 2018

SAT 02:00

ECG: D

Observação: HAS

Condição:

288112 - EMANUELA DE OLIVEIRA SOUSA

Enfermeiro Responsável

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência ☐ Destino:

Dados da Alta

CAMILA RIBEIRO DA SILVA

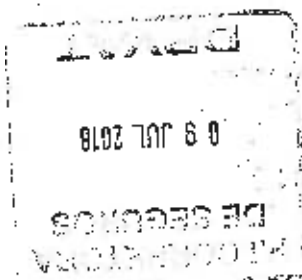
Paciente ou Responsável

6460 - CAROLINA COELHO MELLO

Médico Responsável

Dra. Carolina Coelho Mello  
MÉDICA  
CRM-PI 6460

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
A SUA UTILIZAÇÃO"



NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 309862

NOME DO PACIENTE:

Romundo Pereira Silva

HOSPITAL  
DE SÃO PAULO  
DE SEGUROS



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

Nº: ALIANA PEREIRA SILVA

End. Resid.: AV FRANKISCO PEREIRA AN - CENTRO - JARDIM DO PIAT - PI - CEP: 64275-000

Nascimento: 24/04/1958 Idade: 59a:11m:23d Sexo: Masculino Pône: 86-98111-6036

Responsável: KAMILA RIBEIRO Documentação: 20924144700004

Profissão: LAVADOR Instituição: FUNDAMENTAL - Acordo de

End. Local: - - - - - E. Civil: Casado(a)

Dados do Atendimento: Data: 16/04/2018 20:20:32 Condição: AMPLAÇÃO ORÇAMENTO (Linha Círculo)

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Acid. Trab.: NÃO Acid. Traje: NÃO

Acid. Tipo: NÃO Acid. Tipo: NÃO

CID Secundário: V295

CID Principal: V295

Classificação: Laranja

Destino: CIRCUNSCRIÇÃO GERAL

Evento Principal: Mecanismo do trauma significativo

Tratado Maior: CIRCUNSCRIÇÃO GERAL

Classificação: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

Profissional: Laranja

# FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

|                                      |                                                                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: RAIMUNDO PEREIRA SILVA         |                                                                                      |
| Mae: ALZIRA PEREIRA SILVA            | End. Resid.: AV FRANCISCO PEREIRA SX - CENTRO - CATOA DO PIARI - PI - CEP: 64275-000 |
| Nascimento: 24/04/1958               | Idade: 59a:11m:23d                                                                   |
| Responsável: KAMILA RIBEIRO DA SILVA | Sexo: Masculino                                                                      |
| Profissão: LAVADOR                   | Fone: 06-98111-6636                                                                  |
| G. Instrução: Fundamental Incompleto | CNS: 20924194701004                                                                  |
| End. Local: - - -                    | Documento: RG: 226656 - SSP-PI                                                       |
|                                      | E. Civil: Casado(a)                                                                  |

DADOS DO ATENDIMENTO:

|                 |                           |                       |                                                                      |
|-----------------|---------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Código: 660453  | Data: 16/04/2018 20:20:32 | Clas. Cor: Indefinido | Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRANSITO ULTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO) |
| Convênio: S U S |                           |                       |                                                                      |

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

|                                                                               |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Data/Hora Solicitação: 16/04/2018 20:30h                                      | Especialista: Otorrinolaringologista |
| Motivo da Solicitação: Avaliação de voz em relação ao trauma na base cervical |                                      |
| Dr. Thiago Resende                                                            | Dr. Thiago Resende                   |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer                                              | Carimbo/Assinatura Prof. Parecer     |

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

|                                                                               |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Data/Hora Solicitação: 16/04/2018 20:30h                                      | Especialista: Otorrinolaringologista |
| Motivo da Solicitação: Avaliação de voz em relação ao trauma na base cervical |                                      |
| Dr. Thiago Resende                                                            | Dr. Thiago Resende                   |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer                                              | Carimbo/Assinatura Prof. Parecer     |

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /

|                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Dr. Thiago Resende               | Dr. Thiago Resende               |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer | Carimbo/Assinatura Prof. Parecer |

## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Secretaria Municipal de Saúde  
PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

## COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

|                               |                                                                                              |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| AUTORIZAÇÃO: 196351847        |                                                                                              |
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:  | 2679639 - SATELITE-UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DR LUIZ MILTON DE ARAÚJO LEAO - (86) 3215-2074 |
| ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: | 582856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - RUT                        |
| LEITO:                        | ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA                                                                      |
| PACIENTE:                     | KALMUNDO PEREIRA DA SILVA                                                                    |
| NASCIMENTO: 24/04/1958        |                                                                                              |

## DADOS CLÍNICOS

|                           |                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HISTÓRIA CLÍNICA:         | PCTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRAFEGO COM TRAUMA DE QUADRIL COM DOR INTENSA E DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO DA ARTICULAÇÃO COXO FEMURAL DIREITA; SEM CONSEQUIR DEAMBULAR OU FICAR EM PE; RX- TRAÇO DE FRAUTURA ACETABULAR A DIREITA |
| PROVAS DIAGNÓSTICAS:      |                                                                                                                                                                                                                               |
| EXAMES SOLICITADOS:       |                                                                                                                                                                                                                               |
| DIAGNÓSTICO(CID):         | CONTUSÃO DO QUADRIL                                                                                                                                                                                                           |
| COMORBIDADE:              |                                                                                                                                                                                                                               |
| PRESSÃO ARTERIAL:         | RRQ: CARDÍACA: SATURAÇÃO: FREQ. RESPIRATÓRIA:                                                                                                                                                                                 |
| GLICEMIA:                 | NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: USO DE O2:                                                                                                                                                                                              |
| USO DE DROGAS VASOATIVAS: |                                                                                                                                                                                                                               |
| USO ANTIBIÓTICOS:         |                                                                                                                                                                                                                               |
| USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES: |                                                                                                                                                                                                                               |

DATA: 16/04/2018 18:32:29

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMIINHAMENTO / CARIMBO

1089717  
CRA - Méd. 1633  
Jorge Carneiro

09 JUL 2018  
DE 08:00:00

Raimundo Pereira Silva

( )

Recebido  
Atestado de  
Entrega  
CORREIA 17

Donec  
17/07/2018

17/07/2018

17/07/2018

17/07/2018

17/07/2018

17/07/2018

|                                                                                 |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS |                    |
| Nº LAUDO: 68014                                                                 | AIH: 2218100212779 |

|                                                              |         |
|--------------------------------------------------------------|---------|
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO                             |         |
| CNES                                                         | 5328556 |
| CNES                                                         | 5328556 |
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                  |         |
| HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HLT |         |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                   |         |
| HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HLT |         |

|                             |                       |                        |                      |
|-----------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE   |                       |                        |                      |
| CARTÃO SUS                  | NOME DO PACIENTE      | RAIMUNDO PEREIRA SILVA | 20924:947010084      |
| DOCUMENTO                   | TELEFONE              | 86981116636            | ALZIRA PEREIRA SILVA |
| CEP                         | ENDEREÇO (LOGRADOURO) | QUADRA 32 CASA 07      | BAIRRO               |
|                             | COMPLEMENTO           |                        | BEIA VISTA           |
| UF                          | MUNICÍPIO             | TERESINA               | UF                   |
| PROCEDIMENTO PRINCIPAL      |                       |                        |                      |
| COP. PROCEDIMENTO PRINCIPAL |                       |                        |                      |

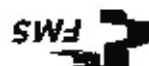
|                                                     |                   |                                                                                 |                     |
|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO                             |                   |                                                                                 |                     |
| CÓDIGO                                              | 040802039         | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO COXOFEMORAL - FRATURA DA EPFISE FEMORAL |                     |
| CÓDIGO                                              | 0308010019        | TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA NÃO ESPECIFICADA         |                     |
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA      |                   |                                                                                 |                     |
| CID 10 PRINCIPAL                                    | CID 10 SECUNDÁRIO | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                        | DIAGNÓSTICO INICIAL |
| PERÍMETROS DE OUTRAS PARTES E DAS NÃO ESPECIFICADAS |                   |                                                                                 |                     |
| DA CINTURA PELVICA                                  |                   |                                                                                 |                     |
| SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)         |                   |                                                                                 |                     |
| PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AS)                        |                   |                                                                                 |                     |

|                                                                                                                                                                  |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO                                                                                                                                     |                  |
| PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, APRESENTANDO FRATURA EM ACETABULO, AVALIADO PELO ORTOPEDISTA QUE OPTOU POR TITO CONSERVADOR, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR. |                  |
| PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                                                                         |                  |
| ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)                                                                                                                   |                  |
| NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                                                                 |                  |
| AGNIO SAMPAIO C BRANCO MEDEIROS                                                                                                                                  |                  |
| CNS SOLICITANTE                                                                                                                                                  | 980016004394953  |
| DATA SOLICITAÇÃO                                                                                                                                                 | 02-05-2018       |
| AUTORIZAÇÃO                                                                                                                                                      |                  |
| ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)                                                                                                                   |                  |
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                                 |                  |
| TANIA MOREIRA ABRA LEAO                                                                                                                                          |                  |
| CNS AUTORIZADOR                                                                                                                                                  | 0205/2018 163543 |
| ORGAO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO                                                                                                                                   |                  |
| 30156095290063                                                                                                                                                   |                  |



Handwritten signature and stamp of the authorizing professional, Tania Moreira Abra Leao.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



68014

Identificação do estabelecimento de saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2- Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: RAIMUNDO PEREIRA SILVA

7- CNS: 209241947010004

8- Nascimento: 24/04/1958

9- Sexo: Masculino

RG: 226656 - SSP-PI

12- Fone: 86-98111-6636

14- Cor: Sem informação

13- Res: FAMILIA RIBEIRO DA SILVA

15- End: AV FRANCISCO PEREIRA SM - CENTRO - CEP: 64275-000

16- Munic: JATUBA DO PIABU

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

Trauma em Base  
Fratura de Aclabulo  
09 JUL 2018

21 - Condições que justificam a internação:

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

23- Diagnóstico Inicial: Fratura do acalabulo

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27- Procedimento Solicitado:

Cod. Proced.: 0408040289

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LUXAÇÃO COXOFEMORAL C/ FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL

Tempo em

29- Clínica:

30- Caráter: Ident.: 31- Docum.: 32- Doc. Méd. Solic.:

CPF 819.404.243-72

34- Data Solicitação:

16/04/2018

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35- CNPJ Seguradora:

40- No. Bônus:

41- Cód. C:

36- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajetário

45 - Vinculo com a Previdência:

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não informado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47- Data Autorização:

07/05/18

48- Documento:

( ) CNS ( ) CPF

49- Num. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Assessor: MARCELO RICHARDI  
Consulte SUS: 660453  
Imprimir: 17/04/2018 00:15:47

|                                                             |                    |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR |                    |
| Nº LAUDO: 68014                                             | AIH: 2218100212779 |

|                                  |                                                              |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO |                                                              |
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE      | HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT |
| CNES                             | 5828556                                                      |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE       | HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT |
| CNES                             | 5828556                                                      |

|                                             |                        |
|---------------------------------------------|------------------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                   |                        |
| CARTÃO SUS                                  | 20941047010004         |
| NOME DO PACIENTE                            | RAIMUNDO PEREIRA SILVA |
| DOCUMENTO CPF                               | 8698116636             |
| NOME DA MÃE                                 | ALZIRA PEREIRA SILVA   |
| ENDERÇO - LOGRADOURO                        | 8698116636             |
| CEP                                         | 640840289              |
| Bairro                                      | BELA VISTA             |
| COMPLEMENTO                                 |                        |
| MUNICÍPIO                                   | TERESINA               |
| UF                                          | PI                     |
| LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO |                        |

|                                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                            |  |
| TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO COXOFEMORAL E FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL |  |
| CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                            |  |
| CIRURGIA                                                                         |  |

|                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------|--|
| PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS |  |
| RX                                                                           |  |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES                                                   |  |

|                                        |  |
|----------------------------------------|--|
| CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL |  |
| S324 - FRATURA DO ACETÁBULO            |  |
| CID 10 SECUNDÁRIO                      |  |
| CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS               |  |

|                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                      |  |
| COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                     |  |
| D40840289 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO COXOFEMORAL E FRATURA DA EPÍFISE FEMORAL |  |
| LEITO/CLÍNICA                                                                                |  |
| ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA                                                                      |  |
| CARÁTER                                                                                      |  |
| URGENCIA                                                                                     |  |
| DATA SOLICITAÇÃO                                                                             |  |
| 16/04/2018                                                                                   |  |
| MOTIVO ALTA                                                                                  |  |
| MELHORADO                                                                                    |  |
| DATA ALTA                                                                                    |  |
| 19/04/2018 08:30                                                                             |  |
| DATA ADMISSÃO                                                                                |  |
| 16/04/2018 20:20                                                                             |  |

|                                         |  |
|-----------------------------------------|--|
| CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA) |  |
| TIPO ACIDENTE                           |  |
| CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE           |  |
| SÉRIE CNPJ DA EMPRESA                   |  |
| CNPJ EMPRESA                            |  |
| CBOR NATUREZA DA LESÃO                  |  |

|                                                     |  |
|-----------------------------------------------------|--|
| AUTORIZAÇÃO                                         |  |
| JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO                  |  |
| PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO) DO  |  |
| CONSELHO)                                           |  |
| NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / |  |
| AUDITORIA                                           |  |
| CPF: 0662142300                                     |  |
| CRM:                                                |  |
| DATA ANALISE: 17/04/2018 01:30R                     |  |
| CRM:                                                |  |
| DATA ANALISE:                                       |  |
| ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:              |  |



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE  
CIÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                               |                                                    |            |       |                                           |            |                                    |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------|-------|-------------------------------------------|------------|------------------------------------|-------------------|
| NOME DO PACIENTE                                                                                              |                                                    | PRONTUÁRIO | IDADE | CLÍNICA                                   | ENF. OU AP | LEITO                              | MÉDICO ASSISTENTE |
| RAIMUNDO PEREIRA SILVA                                                                                        |                                                    | 309862     | 0     | Ortopédica                                | 229        | 219                                |                   |
| DATA/HORA<br>CÓDIGO                                                                                           | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                  |            |       | HORÁRIOS                                  |            | OBSERVAÇÕES                        |                   |
| DI: 16/04/2018                                                                                                | FRAT ACETABULO D                                   |            |       | Quarto 020 depois de 24 horas de cirurgia |            | OBSERVAÇÕES                        |                   |
| 19/04/18                                                                                                      | Quarto 020 depois de 24 horas de cirurgia          |            |       | Quarto 020 - 02 de 02                     |            |                                    |                   |
| 1                                                                                                             | Dieta oral hipossódica                             |            |       | 3 meses Sem Carga dos membros inferiores  |            |                                    |                   |
| 2                                                                                                             | Gelco salinizado                                   |            |       |                                           |            |                                    |                   |
| 3                                                                                                             | Tramadol 100mg_01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN |            |       |                                           |            | 08:30 Paciente de alta hospitalar. |                   |
| 4                                                                                                             | losartana 50mg 1comp VO 1xdia                      |            |       |                                           |            | Ludimara                           |                   |
| 5                                                                                                             | Hidroclorotiazina 25mg 1comp VO 1xdia              |            |       |                                           |            |                                    |                   |
| 6                                                                                                             | nifedipina 10mg 1comp VO 1xdia                     |            |       |                                           |            |                                    |                   |
| 7                                                                                                             | Ranitidina 150mg_1comp VO 8/8hs                    |            |       |                                           |            |                                    |                   |
| 8                                                                                                             | clexane 40mg 1amp SC 1XDIA                         |            |       |                                           |            |                                    |                   |
| 9                                                                                                             | Cuidados gerais e sinais vitais                    |            |       |                                           |            |                                    |                   |
|                                                                                                               |                                                    |            |       |                                           |            |                                    |                   |
| Dr. João Batista L. L. Filho<br>CRM 33617                                                                     |                                                    |            |       |                                           |            |                                    |                   |
| Dr. George Cronenberg / Dr. Yur J. Filho / Dr. Ricardo S. Vitoria / Dr. Paulo H. L. Farias Filho              |                                                    |            |       |                                           |            |                                    |                   |
| Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia |                                                    |            |       |                                           |            |                                    |                   |
| CRM3415-TEOT140029 / CRM32308 / CRM3766-TEOT11305 / CRM3362                                                   |                                                    |            |       |                                           |            |                                    |                   |





FMS  
Fundação Municipal de Saúde

## PRESCRIÇÃO MÉDICA



|                                  |  |                      |  |                                          |         |             |       |
|----------------------------------|--|----------------------|--|------------------------------------------|---------|-------------|-------|
| NOME DO PACIENTE                 |  | PRONTUÁRIO           |  | D. NASCIMENTO                            | CLÍNICA | FNE ou APT. | LEITO |
| Paciente Paulo Silva             |  | Aparecida L. Pereira |  |                                          |         |             |       |
| DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES |  | ALERGIAS             |  | MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE         |         |             |       |
|                                  |  |                      |  |                                          |         |             |       |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                |  | HORÁRIO              |  | OBSERVAÇÕES                              |         |             |       |
| DATA: 16/06/18 HORA: :           |  |                      |  |                                          |         |             |       |
| 1) Clozapina 125mg V.O. 1x dia   |  | 24/06                |  | ok. Verificado 120x70,<br>P=78, TAX=36%. |         |             |       |
| 2) Clozapina 100mg V.O. 1x dia   |  | 24/06                |  |                                          |         |             |       |
| 3) Clozapina 100mg V.O. 1x dia   |  | 24/06                |  |                                          |         |             |       |
| 4) Clozapina 100mg V.O. 1x dia   |  | 24/06                |  |                                          |         |             |       |
| 5) Clozapina 100mg V.O. 1x dia   |  | 24/06                |  |                                          |         |             |       |
| 6) Clozapina 100mg V.O. 1x dia   |  | 24/06                |  |                                          |         |             |       |
| 7) Clozapina 100mg V.O. 1x dia   |  | 24/06                |  |                                          |         |             |       |
| 8) Clozapina 100mg V.O. 1x dia   |  | 24/06                |  |                                          |         |             |       |
| 9) Clozapina 100mg V.O. 1x dia   |  | 24/06                |  |                                          |         |             |       |
| 10) Clozapina 100mg V.O. 1x dia  |  | 24/06                |  |                                          |         |             |       |

Dr. Aparecida L. Pereira  
Osteopata / Fisioterapeuta  
CRM-324 1.201-1432

CC  
24/06/18  
1

MÉDICO/CRM:



## LAUDO MÉDICO

**Paciente:** RAIMUNDO PEREIRA SILVA (Prontuário: 309862)

**Endereço:** AV FRANCISCO PEREIRA SN - CENTRO - JATIBA DO PIAUI - PI CEP: 64275-000

**Atendimento:** 660453

**Origem:** URGÊNCIA/EMERG

**Sexo:** Masculino

**Solicitante:** FABIO MARCOS DE SOUSA

**Idade:** 59a11m22d

**Nascimento:** 24/04/1958

**Solicitação:** 16/04/2018

**Requisição:** 830257

**Convênio:** S U S

**Controle:** 1027025

### RELATÓRIO:

**Data Exame:** 16/04/2018

**Cod. SIA:** 0206030010

### T.C. DE ABDOME

**Técnica:** FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRAFICOS AXIAIS DO ABDOME E PELVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BACO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- IMAGEM CÁLCICA NA VESÍCULA BILIAR, MEDINDO 1,4 CM, SUGESTIVA DE CÁLCULO.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARÊNQUIMATOSA HOMOGÊNEA.
- AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA ATEROMATOSA, COM CALIBRE NORMAL.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- FRATURA COMITIVA NO ACETÁBULO DIREITO, ASSOCIADA A EDEMA EM PLANOS ADIPOSOS EXTRA PERITONEAIS DA PELVE.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/04/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



*[Handwritten signature]*



## LAUDO MEDICO

Paciente: **RAIMUNDO PEREIRA SILVA** (Prontuário: 309862)  
Endereço: AV FRANCISCO PEREIRA SN - CENTRO - JATIBA DO PIAUI - PI CEP: 64275-000  
Nascimento: 24/04/1958 Idade: 60a/m20d Sexo: Masculino  
Requisição: 830258 Solicitação: 16/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Atendimento: 660453  
Origem: URGENCIA/EMERG

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060096 Data Exame: 16/04/2018

### BACIA PA

O estudo radiológico da bacia foi realizado na incidência em PA.

os seguintes aspectos observados:

- Extremidades ósseas e superfícies articulares sem anormalidades.
- Interlinhas articulares preservadas.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 14/06/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE  
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional Responsável





# LAUDO MEDICO

Paciente: **RAIMUNDO PEREIRA SILVA** (Prontuário: 309862)  
 Endereço: AV FRANCISCO PEREIRA SN - CENTRO - JATOBA DO PIAUI - PI CEP: 64275-000  
 Nascimento: 24/04/1968 Idade: 59a11m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 660453  
 Requisição: 830258 Solicitação: 16/04/2018 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS  
 Controle: 1027038 Convênio: S U S

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037 Data Exame: 16/04/2018

## T.C. DE BACIA

Exame realizado através de aquisição helicoidal e reconstruções com 3mm de espessura e 3mm de incremento, evidenciou:

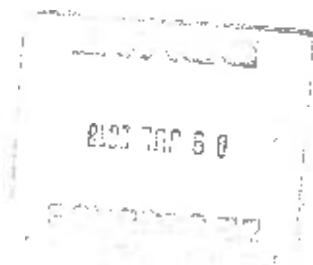
- FRATURA COMINUTIVA NO ACETÁBULO DIREITO, COMPROMETENDO A SUPERFÍCIE ARTICULAR.
- DERRAME ARTICULAR NO QUADRIL DIREITO.
- EDEMA EM PLANOS ADIPOSOS PERIARTICULARES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 16/04/2018

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF 696 958 303-15 CRM-PI 3090  
 Profissional Registrado



*[Handwritten signature]*



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Otto 1820, Redenção - CEP: 64017-170, CNEC: 06.522.917/0022-03  
TERESINA-PI

## LAUDO MEDICO

|                                    |                                                                        |                         |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Paciente:                          | RAIMUNDO PEREIRA SILVA                                                 | (Prontuário: 309862)    |
| Endereço:                          | AV FRANCISCO PEREIRA SN - CENTRO - JATOBA DO PIAUI - PI CEP: 64275-000 |                         |
| Nascimento:                        | 24/04/1958                                                             | Idade 60a/m20d          |
| Requisição:                        | 830258                                                                 | Solicitação: 16/04/2018 |
| Control:                           | 1027027                                                                | Convênio: S U S         |
| Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA |                                                                        |                         |

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 16/04/2018

### TORNOZELO DIREITO

O estudo radiológico do tornozelo direito foi realizado nas incidências em  
pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:  
- Fratura antiga consolidada na tibia distal fixada com placa e parafusos metálicos.  
- Aumento de volume de partes moles.

(FRANCI SILVA)

TERESINA - PI 14/06/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE  
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
Profissional responsável



Handwritten signature and initials



ASS. MEDICO ESPECIALISTA

DATA

17-04-2018

Dr. Antonio Vieira de Jesus  
Cardiologista  
CRM: 2135-PI

PARECER

ASS. MEDICO CONSULTANTE

DATA

Td 26u



*Risto eungra*

MOTIVO DA CONSULTA

A CLÍNICA

DA CLÍNICA

NOME

Raimundo Pereira Silva

cardiologia  
ortopedica

LETO

22/9/2018

PRONTUÁRIO

## REQUISIÇÃO DE PARECER

JOSÉ GREGÓRIO XIMENES

Clínica Médica  
Ortopedia  
CRM-PI 862



RELATÓRIO

Em 16.4.2018, o Sr. Pasquendo  
Pasquino Silva, RG=726666 SSP  
(PI) segundo informe, sofreu  
acidente automobilístico com  
fratura do acetábulo de acetá-  
bulo e dia. CID = S32.4.

Faz tratamento conservador e  
fisioterapia (30 sessões)

Exente de alta ortopé-  
dica, referindo dor no que-  
drel/di, aos movimentos. A-  
presente limitação dos movi-  
mentos do quadril  $\pm 70\%$ . De-  
ambula com auxílio de  
muleta.

(CAMARÁ, 030.7.2018)

*Jose Gregorio Ximenes*

Av. Santo Antonio, 253  
Campo Maior - PI

José Gregório Ximenes  
Médico CRM - PI 862  
Ortopedia e Traumatologia

Fone: (86) 3252-1713  
8163-0019

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

07 AGO 2018

DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CAPTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 JOSE DE SAUDE MORAES

DOC. IDENTIFIC. PARA VEICULOS  
 2704200 SEP PI

CPF  
 040.056.943-60

DATA NASCIMENTO  
 12/04/1990

FUNÇÃO  
 ANTONIO FRANCISCO  
 MORAES  
 LMA CELIA DE SAUDE  
 MORAES

PROFISSÃO  
 CONDOMINIO

ACE  
 20/04/2010

CAT.VEIC  
 33

REGISTRO  
 01200340011

VALIDADEZ  
 20/04/2020

EXPIRAÇÃO  
 20/07/2010

ASSINATURA

*João de Saude Moraes*

LOCAL  
 CAMPO MOURA

DATA DE EMISSÃO  
 24/04/2010

10001770047  
 71315042144

DETRAN-PI (PIAUI)

VÁLIDA EM TODA  
 O TERRITÓRIO NACIONAL

1087240743

PRIMEIRO PLASTIFICAR

1087240743



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 08/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DO ACETÁBULO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO QUADRIL DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

**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 quadril | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                      |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |