

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: RODOLFO SOARES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04727

CONTA: 000000020840-5

---

Nr. da Autenticação 0BCC703E66DCA80A

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180093363 **Cidade:** Altos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RODOLFO SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 06/11/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA E LUXAÇÃO DE LISFRANC, COM MÚLTIPLAS FRATURAS DE METATARSOS DO PÉ DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** RATAMENTO COM REDUÇÃO SOB ESCOPIA, E CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM FIOS DE KIRSCHNER, REFERE QUE FEZ FISIOTERAPIA COM 04 SESSÕES, E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.  
APRESENTA COMO RESULTADO ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO PÉ DIREITO.  
SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Mauro Ricardo Ramos Bilibio

**CRM do médico:** 4606

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

## 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, 21 de Março de 2018

Carta nº: 12550844

A/C: RODOLFO SOARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180093363  
Vítima: RODOLFO SOARES DA SILVA  
Data do Acidente: 06/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: NATALIA CRISTINA DIAS LIMA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **RODOLFO SOARES DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000004727**

Conta: **0000020840-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

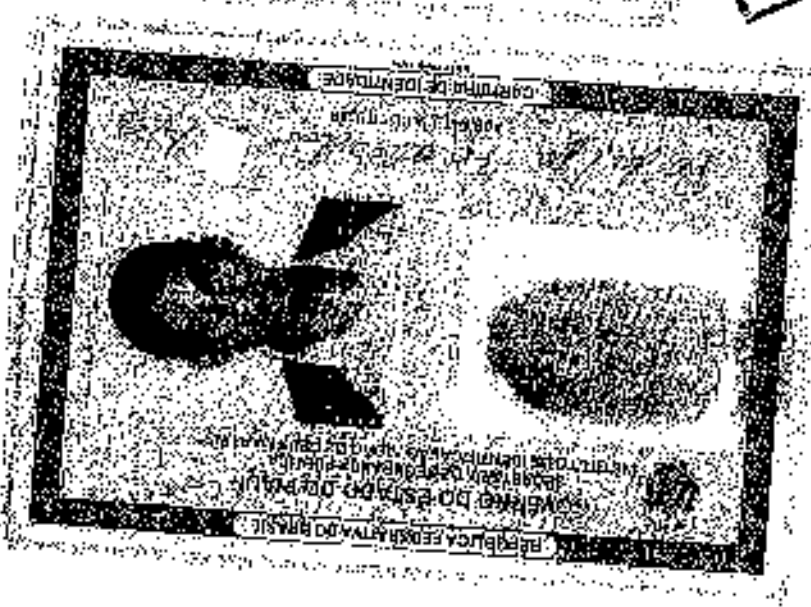
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Nome: **JOANA DE FIGUEIRA FERREIRA MACIEL**  
 Data de Nascimento: **16/02/1999**  
 Sexo: **F**  
 Nome do Pai: **RODOLFO SPARREIRA SILVA**  
 Nome da Mãe: **JOANA DE FIGUEIRA FERREIRA MACIEL**  
 Endereço: **AVENIDA SOARES DA SILVA**  
 Número: **247/95-PA**  
 Cidade: **CELTUS**  
 Estado: **GO**  
 CEP: **74.605-100**  
 Telefone: **(61) 30705/218**  
 Data de Emissão: **30/05/2001**  
 Data de Validade: **30/05/2001**  
 Assinatura: **[Assinatura]**  
 Assinatura do Pai: **[Assinatura]**  
 Assinatura da Mãe: **[Assinatura]**

**RECEBIMOS**  
**26 FEB 01**  
**RECEBIDO**





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **067.322.763-44**

Nome: **RODOLFO SOARES DA SILVA**

Data de Nascimento: **30/06/1991**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **26/04/2012**

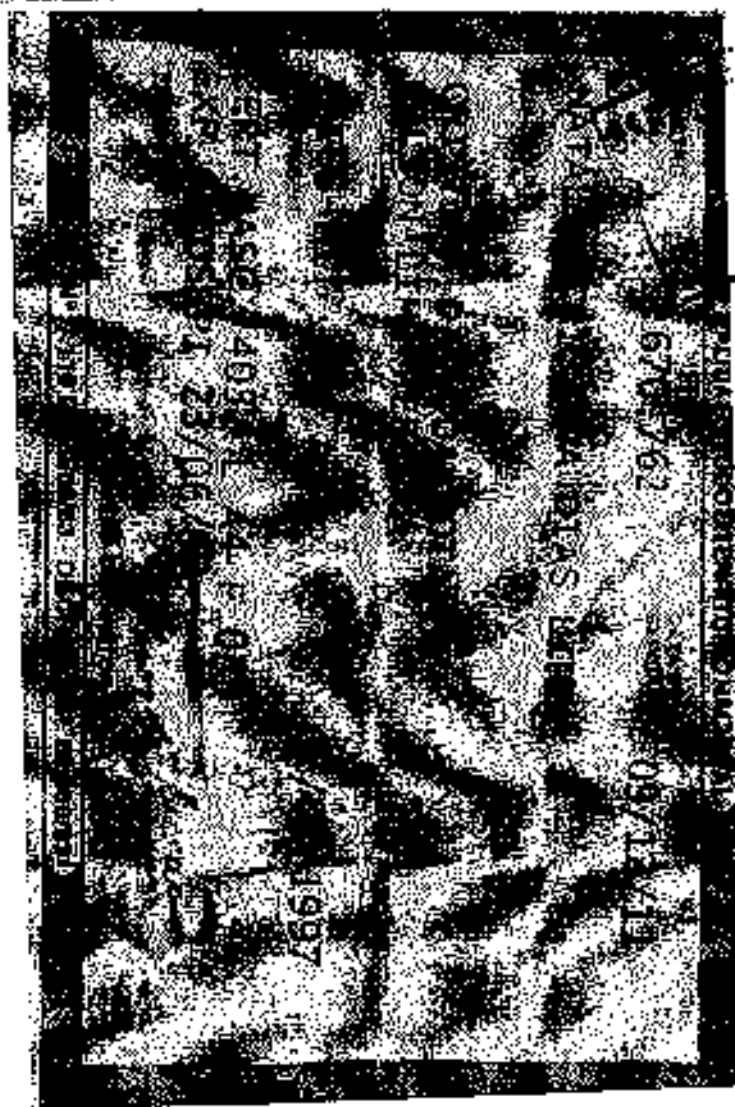
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **13:20:00** do dia **23/02/2018** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **6EEB.538F.9A62.985E**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

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



REGISTRADORA S/A  
26 FEB 2008  
RECEBIDO



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **072.021.703-29**

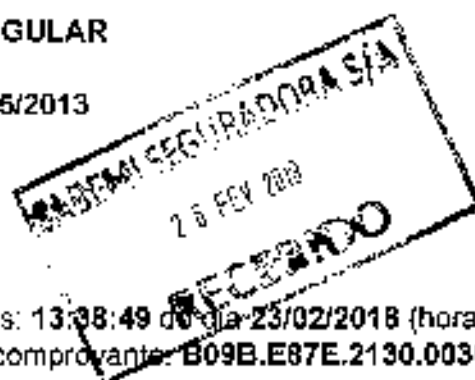
Nome: **NATALIA CRISTINA DIAS LIMA**

Data de Nascimento: **01/05/1997**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **15/05/2013**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **13:38:49** do dia **23/02/2018** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **B09B.E87E.2130.003C**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.546, de 13/02/2015.)



Fundação Municipal de Saúde

**SUS**

17.577.205/0015 - 32  
UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde Nº 3819  
Renascença III -  
CEP 64082-110  
Teresina-Pi



**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

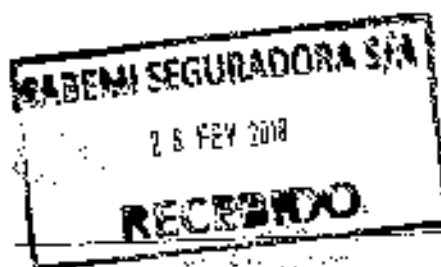
De:

Para:

Registro:

**MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO**

paciente com dor no peito, pressão alta, diabete, hipertensão



TERESINA-PI

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

**FICHA DE RETORNO**

De:

Para:

**DIAGNÓSTICO**

paciente com dor no peito, pressão alta, diabete, hipertensão  
08.03.18  
Mariana

TERESINA-PI

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



# CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

REGISTRO: 48651702

Nº DA REGULAÇÃO: 5697

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (06) 3234-7074

ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 3528856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

LEITO: ORTODONTIA/TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: RODOLFO SOARES DA SILVA

NASCIMENTO: 31/06/1991

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE APRESENTA DOR E EDEMA EM PE DIREITO APOS TRAUMA HA TRES HORAS RATO X FRATURA-LUXAÇÃO DE LISFRANC?

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

#### CONDIÇÃO:

TENSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

CIÊNCIA:

NÍVEL DE CONCIÊNCIA:

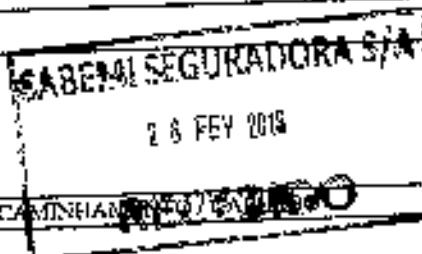
USO DE O2:

#### USO DE DROGAS VASOATIVAS:

#### USO ANTIBIÓTICOS:

#### USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 06/01/2017 04:55:33



MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

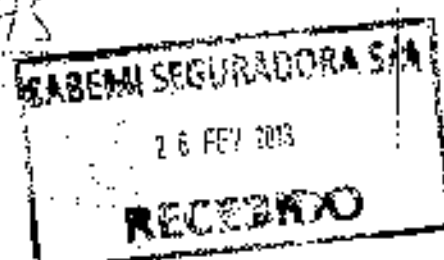
78 011 3234-7074  
UPA RENASCENÇA  
Rua Dom Manoel de Medeiros  
S/N - Centro - Teresina - PI  
CEP: 64010-000

Contato: 06.03.2018  
08.03.18  
Manoel



Alton

NOME DO PACIENTE: Rodolfo Soares da Silva  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 458975



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME  
O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUTIVAS E CÓPIAS NECESSÁRIAS

Imp: 06/11/2017 04:18:32  
Usuário: ALBERT NEVES  
Endereço: 937002002

# BOLETIM DE ENTRADA (SE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: RODOLFO SOARES DA SILVA		Prestador: 100649	
Mãe: JOANA MARIA DA SILVA		Pai:	
End. Resid.: R ALEXANDR VIEIRA 2555 - PARQUE CYANARE - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 35/06/1991	Idade: 26a;5m;7d	Sexo: Masculino	Emp: 96-95479-6362
Responsável: O MESMO	CNS: 959004106093694		
Profissão:	Documento: RG: 3602092 - 33EP1		
Instituição: Não informado	E. Civil: Ignorado		
Outros dados:			

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Sinal: 214091	Entrada: 06/11/2017 03:16:08	Convênio: S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO OUTROS VEÍCULOS		

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Área Incidência:	Classificação:	Curr:
Antecedentes Clínicos	Masculin Esquelético	Em moderada (4-7/10).	Amarelo
<p><b>Grave História Clí. Risco:</b> ACIDENTE COM FICHAÇÃO, DEBILIDADE POR CÍRCULO ACIDENTE POR UM CARRO, INJUNÇÃO DO INTERIOR COM PROTEÇÃO DO MOVIMENTO EM MID. PARA CONDIÇÕES E/OU ALERGIAS.</p>		<p>ANTONIA JOQUINHA NEVES DA SILVA 254100 COREN Em: 06/11/2017 03:21:38</p>	

Res. Profissional Clas. Risco:

SEVV:	(Hora: _____)					
Peso: 6,40 kg	Altura: 1,80 M	IMC: 19,00 kg/m2	Pulso: 0	Temp	Pressão: 0	nalq

## DADOS CLÍNICOS:

Exame  
Ex. Físico e Anamnese de História?  
Exatidão para cirurgia.

**SABEM! SEGURADORA S/A**  
26 FEV 2018  
**RECEBIDO**

Exatidão Física:

## EXAMES COMPLEMENTARES:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA:

17.577.205/0015-32  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA  
Rua São Vicente, 2812 - Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
TERESINA-PI CEP: 64062-310 CNPJ: 17.577.205/0015-32  
Coordenador Geral: Dr. João  
Macedo, P.  
08.11.18

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCERRAMENTO PARA OUTRA UNIDADE	DATA: 1/1/1	HORA: 1
---------------------------------	-------------	---------


Assinatura Responsável

ALBERT BRILHO NEVES  
CNPJ: 17.577.205/0015-32 Em: 06/11/2017 04:18:32

## HOSPITAL DE URGÈNCIA DE TERESINÀ - HUT

Endereço: Rua Dr. Otto Tito 1822 - Redenção - Zona: Su. 12/9 4632

TU 12-136-PL CEP: 64017 770 CWM: 05.523.517:0023-02



## BOLETIM DE ENTRADA - RE

1733: 40 11 221 125 59: 60

#### LANDS DO PACIENTES

12501, 12550, 12540

194024. 223:500241

<u>Nome:</u> RODOLFO SOARES DA SILVA		<u>Prontuário:</u> 458975	
<u>Mãe:</u> JOANA MARIA DA SILVA		<u>Pai:</u> ANTONIO SOARES DA SILVA	
<u>End. Resid.:</u> RUA ALENCAR VIELHA S. 2366 PARQUE STAPARE - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
<u>Nascimento:</u> 30/05/1991	<u>Idade:</u> 28:05:00	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 95 39478-6362
<u>Responsável:</u> JUSTINE OREIRA		<u>CNS:</u> 845134108093682	
<u>Profissão:</u>		<u>CEP:</u> 66100000 - PI	
<u>S. Instrução:</u> Fundamental Incompleto		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)	
<u>End. Local:</u>			

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 634868	<u>Data:</u> 06/11/2017 05:57:09	<u>Condições:</u> ADMINISTRATIVO QUALIFICADO INTERIO CIDADE
<u>Motivo da Procura:</u> ATRIBUICAO DE TRANSITO UTRINHA EM BICICLETA (CICLISTA)		<u>Contratado:</u> 1.1
<u>Id.Trab.:</u> NUL	<u>Trajetos:</u> NUL	<u>Típico:</u> NUL
		<u>CID Secundário:</u> U155

DADOS CLÍNICOS:

DADOS CLÍNICOS:

história de queda de bicicleta apresentando  
dor intensa múltipla de metatarsos direitos  
e D. interdigital.

PA .....X.....	Primo:		.....
Proprietário: Imobiliária			

CONDUITA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

RECEIVED  
Held for later  
SAMS-101  
Green Day Original

ALTA: <ul style="list-style-type: none"> <li>Relatório</li> <li>Condição</li> <li>Indicadores</li> <li>Outros</li> </ul>	: Administração : Por Indisciplina : Por Faltas	: (Receber e Unid. Orçam.) : Transfêrencia:
		DATA SAÍDA: <u>10/11/72</u> BOMBA: <u>1</u>
DESTINO: <ul style="list-style-type: none"> <li>DATA 20/10</li> <li>DATA 24/10/72</li> <li>DATA 28/10</li> </ul>		( ) Interação na Unidade Proced. Solicitador: <u>0408250962</u> CID Compatível: <u>S92-3</u>
OBJETO: <ul style="list-style-type: none"> <li>DATA 20/10</li> <li>DATA 24/10/72</li> <li>DATA 28/10</li> </ul>	( ) Conflito ( ) FOME ( ) Asses. Terc.	<u>Dr. Celso</u> Prof. Solicitante Interação:

Josilene Pereira de Sousa  
Secretaria Municipal de Responsável

UNITED STATES

100-100000-100000  
 MEDICO  
 100-100000-100000

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Page 31, Call Date 1829 Bedcode Time: 66 3029 4872

3488136-E, P. 2: 66017-770 CHRY: 35.572, 517/3322 02

Time: 26:21:22.00, User: 59:59

CHERCELO, RICARDO

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> RODOLFO SOARES DA SILVA		<b>Portuário:</b> 458975	
<b>Mãe:</b> JÚLIO MARIA DA SILVA		<b>Pai:</b> ANTONIO SOARES DA SILVA	
<b>End. Resid.:</b> RUA ADELFA VIEIRA N 2537 - PARQUE YTAPEBY - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<b>Nascimento:</b> 01/06/1981	<b>Idade:</b> 201:06:14	<b>Sexo:</b> masculino	<b>Pass:</b> 80-99478-0162
<b>Responsável:</b> JOSÉ LINDA PEREIRA		<b>CPS:</b> 9989004108053004	
<b>Profissão:</b>		<b>Documento:</b> CPF:	
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleta		<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)	
<b>End. Local:</b> - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 634868	<u>Data:</u> 06/11/2017 05:57:09	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM BICICLETA CICLISTA		<u>Convênio:</u> 6

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__		Especialista:
Motivo da solicitação:		

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_

RECEBIDO  
26 FEV 1978  
SABSA SEGURODORA S/A

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ :\_\_ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

## DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_

Carinho/Assinatura do Prod. Gerador



## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 48651702	Nº DA REGULAÇÃO: 5697
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7623169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCKA - HUT	
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: RODOLFO SOARES DA SILVA	NASCIMENTO: 30/06/1991

### DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE APRESENTA DOR E EDEMA EM PE DIREITO APOS TRAUMA HA TRES DIAS RAIO X FRATURA-LUXAÇÃO DE LISFRANC? ENCAMINHO PARA CIRURGIA.			
DOENÇAS DIAGNÓSTICAS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OSSOS DO METACARPO			
COMORBIDADES:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATORIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DRUGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			
<div data-bbox="900 1039 1362 1330" data-label="Image"></div>			
DATA: 06/11/2017 04:55:33			
MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO			

Carimbo digitalizado e assinado  
Módulo de Assinatura  
Sistema de Assinatura  
Contato com Original

KG



## UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA

Rua Rio Verde, 2810 - Renascença 111 - Fone: 36 3234 7074

TERESINA-PI CEP: 64002-110 CNPJ: 17.077.205/0001-82

UPA  
24h

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: RODOLFO SOARES DA SILVA		Prontuário: 100649	
Mãe: CORAIA MARTA DA SILVA	Vai:		
End. Resid.: A ALENCAR VIEIRA 2555 - PARQUE ITARAIM - TERESINA - PI - CEP:			
Nascimento: 30/06/1991	Idade: 26a15m:24	Sexo: Masculino	Fone: 36-99478-4262
Responsável: O MESMO	CNS: 998004100092584		
Profissão:	Documento: RG: 1032093 - SSP/PI		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado		
End. Local: - - -			

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 214091	Entrada: 06/11/2017 03:16:08	Convênio: A O S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRANSITO OUTROS VEICULOS		

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Área Incidência:	Classificação:	Córt:
(Anamnese e Exames Clínicos)	Músculo Isquiotático	Dor moderada (4-7/10).	Amarelo
Breve História Clínc. Risco: ACIDENTE COM BICICLETA, PARECE TER SIDO ATINGIDO POR UM CARRO, LANCADA POR INTENSA COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM MTD. NENHAS COMORBIDADES S/O ALERGICAS.			ANTONIO JOSELEIDE MENDES DA SILVA 254700 OCEAN DT: 06/11/2017 03:21:58 Ass. Profissional Clínc. Risco:

SSVV:	(Hora: ____:____)					
Peso: 0,00 kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 kg/m2	Polso: 0	bmj	Pressão: 0	mmHg

DADOS CLÍNICOS: trauma rx fratura e luxação de listranc? encaminhado pra cirurgia	MARBEM SEGURODORA S/A 26 FEV 2018 RECEBIDO
Diagnóstico Clínico:	010: 512

EXAMES COMPLEMENTARES:
------------------------

PRESCRIÇÃO MÉDICA:	não há prescrição de medicação Medicação: 300mg SAA/ANOT Gostoso para Diálogo
--------------------	--

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	DATA: / /	HORA: :
ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE		

Assinatura Paciente ou Responsável

 ASSINATURA RESPONSÁVEL  
 CRM3567 DT: 06/11/2017 03:10:31

[illegible]

Wavelength: 632.8 nm

2020-02-27





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06/11/17

NOME DO PACIENTE:

Roberto Gomes da Silva

PRONTUÁRIO Nº:

958975

DIAGNÓSTICO:

Ret. urológico

CIRURGIA:

Exame

ANESTESIA:

Rapida

Nº DA SALA:

02

CIRURGIÃO:

Flavio S. Cavalcante  
Urologista e Cirurgião Geralista

CPF Nº:

AUXILIAR:

CRM-PI 3102

CPF Nº:

ANESTESIA:

W. Robinson

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA:

Selma

CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº	PAR		
AGULHA 40X12	UNID.			LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAOUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO			
ALCOOL 70%	ML			PVP DE GERMICIDA	ML		
ALGODÃO	BOIA			PVP TÓPICO	ML		
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA			
COMPRESSA	PAC.			SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.		
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	LITRON		
GASEM	PAC.			SONDA URETRAL	UNID.		
JELO Nº	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES CIAG							
CAT. GUT. SIMPLES SIAG							
CAT. GUT. CROMADO CIAG							
CAT. GUT. CROMADO SIAG							
ALCOIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VIRRY				CIRCULANTE:			
PROLENE							



Assinatura do Responsável  
Márcia Regina  
SANE-SUT  
Confere com 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 Rodolfo Soares da Silva  
Diagnóstico pré-operatório Ret. metastático p.c.d.  
Operação - Tipo Exenteração  
Cirurgião Flávio José S. de S. F. Araújo  
1º Assistente Orlando  
2º Assistente Orlando  
3º Assistente Orlando  
Instrumentador(a) Orlando  
Anestésista Dr. Fabiano  
Anestesia Popul  
Anestesiologia

Data da Operação 06/11/17  
Início 10h  
Fim 12h  
Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



Assessor Jurídico  
Município de Teresina  
SUAZ-PIUT  
Confira com Original

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

Exenteração, com anexo, com apm e  
túmpor, debridamento, tipo radical  
fechado sob vácuo e fixado peritônio  
e p.p. com curativo

Assessor Jurídico  
Município de Teresina  
SUAZ-PIUT  
Confira com Original

**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: 3180093363  
Nome do(a) Examinado(a): Rodolfo Soares da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Alencar Vieira, S/N Casa  
Parque Ideal Teresina PI CEP: 64000-010  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 3.602.099  
Data local do acidente: [ 06/11/2017 ]  
Data local do exame: [ 08/03/2018 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA E LUXAÇÃO DE LISFRANC, COM MÚLTIPLAS FRATURAS DE METATARSOS DO PÉ DIREITO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: FEZ TRATAMENTO COM REDUÇÃO SOB ESCOPIA, E CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE COM FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM FIOS DE KIRSCHNER, RÉFERE QUE FEZ FISIOTERAPIA COM 04 SESSÕES, E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.**  
**Complicações: NÃO TEVE COMPLICAÇÕES.**  
**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO PÉ 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:  
**APRESENTA COMO SEQUELA ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM HIPERTROFIA NO PÉ DIREITO, E COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO PÉ 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 (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem sequela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>PÉ - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

  
**Dr. Mauro Ricardo Ramos Bilibio**  
 CPF - 500.643.500-91  
CRM/PI - 4606



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 108505.002370/2017-03

Unidade de Registro: 14º DP - ALTOS

Resp. pelo Registro: Ailton Lira Do Nascimento

Data/Hora: 25/11/2017 - 17:19

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

14º DP - ALTOS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ALTOS

Endereço

AV NOSSA SENHORA DE FÁTIMA (BR 343), Nº:

Complemento

Data/Hora

05/11/2017 - 00:30

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

PROXIMIDADES UNISCARAI

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RODOLFO SOARES DA SILVA

RG: 3.602.089 SSP/PI-11

Mãe: JOANA MARTA DA SILVA

Pai: ANTONIO SOARES DA SILVA

Endereço: RUA ALENCAR VIEIRA, Nº 2555

Bairro: PARQUE ITAXARE

Cidade: TERESINA - CE: 64000-213

Telefone(s): RG-9467-8504

Tipo Evento: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE PEDALAVA SUA BICICLETA NA AVENIDA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, SENTIDO OESTE/LESTE (AI TOS/CAMPO MAIOR) E AO TENTAR ATRAVESSAR A JISTA DE ROLAMENTO DO LADO DIREITO PARA O LADO ESQUERDO, FOI ATROPELADO POR UM CARRO PEQUENO E DESCONHECIDO, E, COM O IMPACTO, CAIU SOBRE O ASFALTO, FRATURANDO O PÉ DIREITO (FRATURA DE OSSOS DO METATARSO); QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA UMA UPA NO BARRIO DIRCEU ARCOVERDE, NA CIDADE DE TERESINA/PI, ONDE FOI SUBMETIDO A RAIOS X, QUE CONFIRMOU A FRATURA; QUE POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT, ONDE FOI EFETUADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

Ailton Lira Do Nascimento - Mat. 009487X  
AGENTE DE POLÍCIA

RODOLFO SOARES DA 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 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 do Vítima

067.322.763-44

Nome completo do vítima

Ricardo Soares da Silva

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

Nome completo

Ricardo Soares da Silva

Endereço

Rua Alencar Maia

Bairro

Parque Ideal

Cidade

Itaboraí

E-mail

CPF titular da conta

067.322.763-44

Profissão

Recurso

Complemento

Caro

CEP

64000-000

Telefone (DDD)

861 3303-4104

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder, DPVAT, a veracidade das informações prestadas no presente formulário. Declaro, sob as penas da lei, que a residência informada é a atual e verdadeira. Declaro, sob as penas da lei, que a residência informada é a atual e verdadeira.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECEBENDO INFORMAR

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRANCO (337)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ CITI (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

4727

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)

(informar agência e cidade)



RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO

Teresina, 22 de Fevereiro de 2013

Local e Data

Ricardo Soares da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal