

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

**Resultados terapêuticos:** RATAMENTO COM REDUÇÃO SOB ESCOPIA, E CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE 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
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## 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 n°: 12550844

A/C: RODOLFO SOARES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180093363  
Vitima: 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%

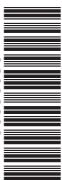
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

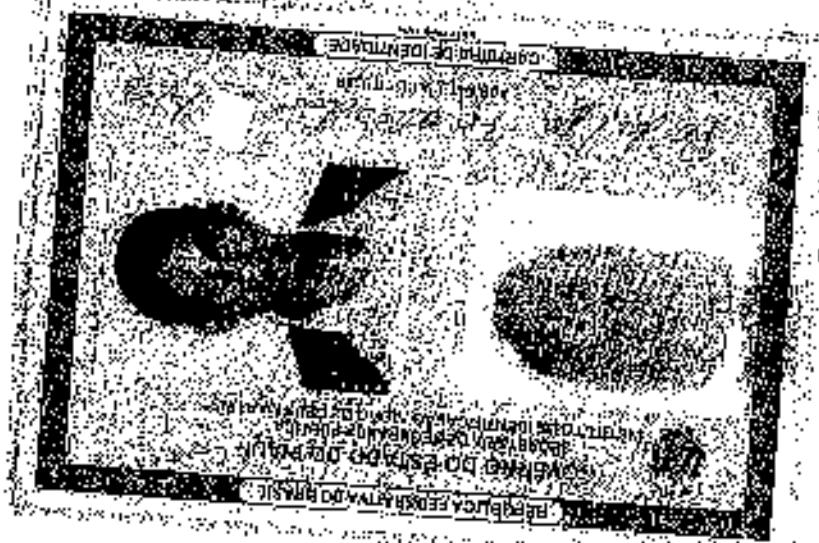
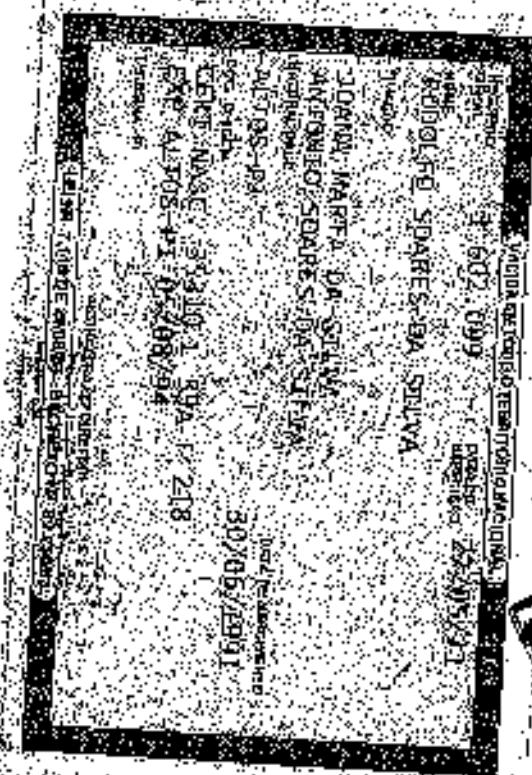
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**







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**

Dígito 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.)





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

Dígito 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.)

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

De:

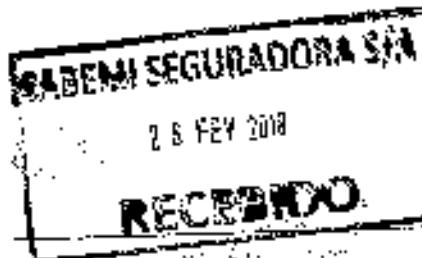
Para:

Registro:

**MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO**

TERESINA-PI

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo



**FICHA DE RETORNO**

De:

Para:

**DIAGNÓSTICO**

Fonte: 08.01.18  
Mara Gald

TERESINA-PI

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULACAO**

REGISTRAÇÃO: 48651702	Nº DA REGULAÇÃO: 5697
ABELECLIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (85) 3234-7074	ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT
TESTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
MATERIALISTA: RODOLFO SOARES DA SILVA	NASCIMENTO: 30/06/1991

**DADOS CLÍNICOS**

HISTÓRIA CLÍNICA:  
 PACIENTE APRESENTA DOR E EDEMA EM PE DIREITO APÓS TRAJMA HA TRES HORAS RATO X FRATURA-LUXAÇÃO DE LISFRANC  
 ENCAMINHADO PARA URGÊNCIA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

CONVIRSIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:	(FREQ. CARDIACA)	SATURAÇÃO:	(FREQ. RESPIRATORIA)
-------------------	------------------	------------	----------------------

GLUCOSEIA:	NIVEL DE CONCIENCIA:	USO DE O2:
------------	----------------------	------------

USO DE DRUGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 06/03/2017 04:55:33

SAÚDE SEGURO D'ÁGUA

26 FEB 2018

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: [REDAZINHO]

DR. GILBERTO VIEIRA  
 (PRAZO DE 04 MESES)  
 (MUNICÍPIO - BAIRRO - CEP -  
 PREDICIO - SALA - FONE - CEL)

Assento: 08.03.18  
 08.03.18  
 Jane Jan

#### 第六章 結論

Ultra



NOME DO PACIENTE: Padelito Soares da Cunha

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 458995



SERVÍCIO DE ARQUIVO MEDICO E ESTATÍSTICO - SAME  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ COPIA DE FRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR AS COPIAS NECESSÁRIAS

### REGISTRO DE ENTRADA (SE)

Imp: 06/11/2017 04:18:38  
(User: ALBERT WOODROGUE)  
(Barcode: 99997021001)

### DADOS DO PACIENTE:

## **CRITÉRIOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

Sinal/Sintoma de Agravamento: Alta Incidência: Classificação: Cora:  
 Interferências Clínicas Musculon Esquelética Bac mediedada (4-7)/101. Amarelo

Brasile História Cláss. Rio/01  
ANTONIO COELHO BORGES, SERRA VER SINDO APINGADO POR UM CARRO, INFILTRA DOR INTENSA COM  
INTENSAS DO MOTRIZMOS EM MID. NADA COMORBIDADES E/OU ALERGIAS.

Ind. Profissional Clas. Risco:

SEARCHED \_\_\_\_\_ SERIALIZED \_\_\_\_\_ INDEXED \_\_\_\_\_

Alvo: 0,00 kg Distância: 0,00 m IMC: 0,00 kg/m<sup>2</sup> Peso: 0 Imp: Pressão: 0 milig

**DADOS CLÍNICOS:**

• **QUESTION**  
- We discussed a framework for classification?  
- **ANSWER** yes, through

#### REFERENCES

#### **EXERCICES COMPLEMENTAIRES:**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

MOTEL 123 AT&T SACRAMENTO

RECEIVED URGED 2000 012706 CMC-BAB

日期： / / 年 月 日

684

#### Assistante Secrétaire au Secrétariat

ALBERT BASILIO MEDFETROS  
CRIM 67 Em: 06/11/2017 04:10:31

## HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Octavio Pinto 1620 - Redenção - CEP: 64017-770  
Tf: (62) 3223-6177 / 0023-02

SUS SUS

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Data: 06/11/2017 05:57:06

ID: 00000000000000000000000000000000

Nome: RODOLFO SOARES DA SILVA		Prontuário: 458975
Mae: JOANA MARIA DA SILVA	Pai: ANTONIO MARCOS DA SILVA	
End. Resid.: RUA ALFENA VIEIRA N° 2396 PARQUE ITAPARE - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento: 30/05/1991	Idade: 26 Anos 7d	Sexo: Masculino Fone: 96 99478-6362
Responsável: JOSILENE PEREIRA	CNS: 885334108003684	
Profissão:	CEP: 64000-010 - PI	
S. Instrução: Fundamental incompleto	E.Civil: Solteiro(s)	
End. Local:		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 634868	Data: 06/11/2017 05:57:09	Condução: Ambulância - Ciclista (BICICLETA)
Motivo da Procura: Atropelamento de trânsito vítima éh ciclista (CICLISTA)	Comunicação: S/N	
Id.Trab.: N/A	Trajetória: N/A	Tipico: N/A
		Caso Secundário: V/S

## DADOS CLÍNICOS:

*Histórico de Grcos de bicicleta: apresentando*  
*intoxicação alcoólica com manifestações diretas*  
*(D) confusão*

PA: _____	Sauda: _____	Pulse: _____
Licitas: _____		

**SEGURO SEGURODORAS**

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

**RECEBIDO**

06/11/2017  
05:57:06  
Série: 001  
Salvo com Dados  
V/C

ALTA:	Reabilitação	Para: Internação	( ) Retornar à Unid. Origem
	Consulta	Para: Indisciplina	( ) Transferência
	Liberatório	Para: Férias	
	Outras		

DATA SAÍDA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

DEBITO:	DESTINO:	
	Alto 20 hs	( ) Consulta
	Alto 14 a 06 hs	( ) T.I.M.E.
Alto 4hs Fns	( ) Anest. Taref.	
( ) Internação na Unidade		
Proced. Solicitador:		
CID Compatível:		
S92.3		Dr. Celso
		Prof. Solicitante
		Internação:

*Dr. Celso**Prof. Solicitante**Internação:*

Ornitico - Acidente

*Ornitico - Acidente**Josilene Pereira de Souza*



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Res. Dr. Clio Vito 1829 Redondo Tener. #6 3329 4872  
CASA 1829-8, Piso: 64017-779, CH21: 35-522-612/0322-02

Temp: 36.11°C Date: 09:59:46  
Sincerely, RICHARD

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: RODOLFO SOARES DA SILVA		Fronteira:	458975
Mãe: JOAQUINA MARIA DA SILVA		Pai: ANTONIO SOARES DA SILVA	
End. Resid.: RUA ALFREDO VIEIRAS N 2553 - PARQUE VITARAY - FERNANDEZ - PI - CEP: 66000-010			
Mudamento:	13/06/1991	Idade:	261:0m:7d
Responsável:	GUILHERME PERCIMA		
Profissão:	C.E.S.: 998004108093004		
G. Instrução: Fundamental incompleto	Documentos: CPF: B.Civil: Solteiro(s)		
End. Local.:			

#### **PASSOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 634868 | Data: 06/11/2017 05:57:09 | Clas. Cor: Indefinido

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitud: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_ :\_\_\_\_ ESPECIALISTA:

**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**

Gas Turbine Institute, Solid source

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

EAGLE SECURADORA S/A

FOOTNOTE

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 35, No. 4, December 2010  
DOI 10.1215/03616878-35-4 © 2010 by The University of Chicago

naquele dia (2).

Data/Hora Solicitação: / / ) ESPECIALISTA:

#### **MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:**

Wiley Interdisciplinary Reviews: Data Mining

DADOS DO PARENTES: Data/Hora: / / - / - / -

### *Ceratophyllum demersum* Linn. (See page 10)

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 48651702	Nº DA REGULACAO: 5697
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 1823469 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - 2074	ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT
TETO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: ADOLFO SOARES DA SILVA	NASCIMENTO: 30/04/1991

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE APRESENTA DOR E EDEMA EM PE DIREITO APÓS TRAUMA HA TRES HORAS RAI O X FRATURA/LUXAÇÃO DO LISFRANC? ENCAMINHO PARA CIRURGIA.			
COVAS DIAGNÓSTICAS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OSSOS DO METAPARSO			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	FREQ. CARDIACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATORIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DRUGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			
DATA: 06/11/2017 04:55:13			
MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO			

*Carla Júlia Freire/CJ-JuJu  
Atendente de Enfermagem  
Setor de Urgência  
Centro com Integral*

REC-000  
26 FEB 2018

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

**DADOS DO PACTÔNTER:**

Сурс: 06/11/2017 14:10:32  
Підсумок: ПІДСУМКИ  
Історичні: КАРДІОВІДЕО

<u>Nome:</u> RODOLFO SOARES DA SILVA		<u>Fronteário:</u> 100649
<u>Mãe:</u> CORINA MARTA DA SILVA		<u>Fam:</u>
<u>End. Resid.:</u> A ALFENCAR VIEIRA 2555 - PARÔNE ITAPARANGA - TERRITÓRIO - RJ - CEP:		-
<u>Nascimento:</u> 30/06/1991	<u>Idade:</u> 26a:0m:74	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 36-99978-6362
<u>Responsável:</u> O MÊMICO		<u>CNH:</u> 999994100093684
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> RG: JGU2093 - ESEPT
<u>G. Instrução:</u> Não Informado		<u>E.Civil:</u> Ignorado
<u>End. Local:</u> - - -		

**PARA O ATENDIMENTO:**

Código: 214081 Entrada: 05/11/2017 03:16:08 gouv@nic.br 303

Máximo de Procesos: ACTIVIDADES DE TRANSIÇÃO DIFERENCIADAS

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

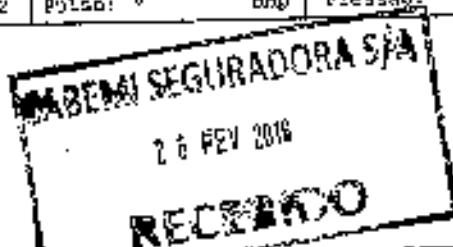
Sinal/Sintoma de Apresent.	Área Incidência:	Classificação:	Cot:
(desconcentradas Clínicas)	Músculo Isquiotílico	Dor moderada (4-7/10).	Amaral@
<u>Breve Histórico Clas. Biscoit</u> ACIDENTE COM MOTOCLISTA, PERDEU TER SITUD ATINGIDOS POR UM CARRO, IMPUGNA DOR INTENSA COM LIVIDAÇAO DO MOVIMENTO EM XIX, NENHUMA COMORBIDADES E/OU ALERGIAS.			ACIDENTE, ACERTALDO NEVES DA SILVA 254700 GOREM Est: 06/11/2017 hs:21:58

**REVIEW** (HORSE)

Temp: 0,00 °C      SpO<sub>2</sub>: 100 %      IMC: 0,00 kg/m<sup>2</sup>      Pulse: 0      Body Pressure: 0      Weight:

2008 GRANTORS:

**QUESTION**  
Existe  
uma  
lei  
que  
proíbe  
a  
luxação  
de  
linsfânc?



Digitized by srujanika@gmail.com

卷之三

www.english-test.net

100-10000  
1000-10000  
10000-100000

#### 2.2.2. ALTA ENDEBILITÀ:

positive exit negative

DATOS: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. NOREA: \_\_\_\_\_



PRESCRIÇÃO  
MÉDICA



ବ୍ୟାକ୍ ଶବ୍ଦରେ ମନ୍ତ୍ରରେ

# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLLO DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 06 / 11 / 17

APONTUÁRIO Nº: 958975

NOME DO PACIENTE: Karolito Flores da Silva

CIRURGIA: Exame de colo

DIAGNÓSTICO: Rit. rectologico

Nº DA SALA: Q2

ANESTESIA: Regional

CPF Nº:

CIRURGIAO: Dr. S. Lúcio

CPF Nº:

MIXILIAR: CRM-PI 3102

CPF Nº:

ANESTESIA: Wg. Adilson

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Sedonegl

OPEN 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 RAQUE	UNID			LUVA DE PROCEDIMENTO	UNID		
ALCOOL 70%	ML			PVP DF GERM	ML		
ALGODÃO	BOLA			PVP TOPICO	ML		
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP TINTURA	ML		
COMPRESA	PAC.			SERINGA 210CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 100C	UNID.		
ESPARADRAPO	CM			SERINGA 50C	UNID.		
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 30C	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	UNID		
GASEN	PAC.			SONDA URTRAL	UNID.		
JEQUO N°	UNID.						
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOOL							
NONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMÁRIA			
VICRYL				CIRCULANTE			
PROLENE							

Nota fiscal emitida  
Médico assinado  
SABE-se que  
Confira com o(a) médico(a)



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Ronaldo Soares da Silva

Diagnóstico pré-operatório

Ritmo cardíaco e pressão arterial

Operação - Tipo

Ortopédica

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Intubador(a)

José Jorge

Anestesiista

W. Adriano

Anestesia

Rogério

Anestésicos(s)

Data da Operação

06/01/17

Hora

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

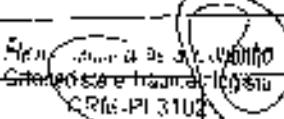
Relatório Inmediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

Pneumotórax, dupla anêstesia, endotrófico.  
Preparo, desidratamento, uso de díodo  
fixado sob gesso e fixado preventivamente  
com fita kimberly curativo.



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 MÚLTIPAS 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 OSTEOPROTESE COM FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM FIOS DE KIRSCHNER, REFERE QUE FEZ FISIOTERAPIA COM 04 SESSÕES, E QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.**

**Complicações: NÃO TEVE COMPLICACOES.**

**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 causalidade: 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 (\*).

**( ) "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):

**PÉ - Lado Direito**

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**(X) 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.

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

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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 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

06/11/2017 - 00:30

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

PROXIMIDADES UNECRAF

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: RODOLFO SOARES DA SILVA

Tipo Envolve: VITIMA/Noticiante

RG: 3.602.099-83111-1

Mãe: JOANA MARTA DA SILVA

Pai: ANTONÍO SOARES DA SILVA

Endereço: RUA ALÉNCAR VICIRA, Nº 2555

Bairro: PARQUE ITAKARÉ

Cidade: TERESINA - CEP: 64000-010

Telefone(s): RG-94617-6514

**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, SENTINDO OFSTRIESTF (ATOS/CAMPO MAIOR) E AO TENTAR ATRAVESSAR A ÁREA DE ROLAMENTO DO LADO DIREITO PARA O LADO ESQUERDO, FOI ATROPELADO POR UM CARRO PEQUENO DESCONHECIDO, É, 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 Bairro IRACEMA ARCOVERDE, NA CIDADE DE TERESINA/PI, ONDE FOI SUBMETIDO A RAIOD X, QUE CONFIRMOU A FRATURA; QUE POSTERIORMENTE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT, ONDE FOI FEITO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

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

*Rodolfo Soares da Silva*  
 RODOLFO SOARES DA SILVA - Noticiante  
 Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem riscos, 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/benefício.

**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").

Menor de 16 anos ou ASL

(CPF de vítima)

[067.322.763-44]

(Número completo da vítima)

Ricardo Soares da Silveira

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Ricardo Soares da Silveira	106.732.763-44	Receuso
Endereço	Número	Complemento
Rua Alencar Meira	2555	Casa
bairro	Estado	CEP
Panambi	PE	64000-000
Email	Telefone (DD) (RR) (86) 3303-4704	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider DPVAT, que a minha residência é a constante no endereço informado. Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider DPVAT, que a minha residência é a constante no endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (017)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	<input type="checkbox"/> CITIBANCO (041)

AGÊNCIA	CRÉDITO
NR.	NR.
4427	002120840
(informar agência e conta)	(informar crédito e conta)

10 FEVEREIRO DE 2013	
<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA	CRÉDITO
NR.	NR.
4427	002120840
(informar agência e conta)	(informar crédito e conta)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta, após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Terezinha, 20 de Fevereiro de 2013

Local e Data

Compõe 1 - Assinatura do Beneficiário

Compõe 2 - Assinatura do Representante Legal