

Browser tabs: Email - A, Controle, Mensagem, Sistema, Sistema, Audiência, Consulta, 0815015, (38) What, Baixar o, +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listAutosDigitais.seam?idProcesso=254265&ca=6a628fb3d5a901ad45e3e0deb8b29bf4...

Page Title: ProceComCiv 0815015-05.2019.8.18.0140

Page Content: 15706988 - Petição (2664790 EMBARGO DECLARACAO SENTENCA 1A INST 01)

Left Sidebar:

- 30 Mar 2021
 - JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO
 - 15706987 - Petição
 - 15706988 - Petição (2664790 EMBARGO DECLARACAO SENTENCA 1A INST 01)
 - 15706989 - Documentos (2664790 EMBARGO DECLARACAO SENTENCA 1A INST Anexo 02)
- 26 Mar 2021
 - JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO
 - 15664561 - Petição
- 25 Mar 2021
 - EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS.
- 24 Mar 2021
 - EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS.

Right Panel (Microsoft Word - 2664790_EMB...):

2664790 - CJ/2019-06225/INVAIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOCADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo n.º 08150150520198180140

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, já devidamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, por meio de seus advogados que esta subscreve, vem à presença de V. Excelência, nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT promovida por GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA, opor

System Tray: PT, 12:23, 30/03/2021



Número: **0815015-05.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **25/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 300,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA (AUTOR)		FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
15706987	30/03/2021 12:23	Petição	Petição
15706988	30/03/2021 12:23	2664790_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_1A_INST_01	Petição
15706989	30/03/2021 12:23	2664790_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_1A_INST_Anexo_02	Documentos

SEGUE EM ANEXO EMBARGOS DE DECLARAÇÃO.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo n.º 08150150520198180140

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, já devidamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, por meio de seus advogados que esta subscreve, vem à presença de V. Excelência, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT** promovida por **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**, opor

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO

Ante os fundamentos a seguir:

DA SÍNTESE DOS FATOS E DA OMISSÃO NA DECISÃO PROFERIDA:

Com a mais a respeitosa vênua, assim o fazendo, afigura-se a v. decisão omissa em pontos essenciais, justificando o cabimento dos presentes Embargos de Declaração, a fim de que essa V. Exa. decida-os e confira os efeitos integrativos ao respeitável decum.

Frisa-se que no d. decum verifica-se grave OMISSÃO, que devem ser supridas ou sanadas por meio dos presentes embargos, sendo certo que o recurso não objetiva rediscutir a matéria, mas afastar os vícios constatados no julgado.

DA LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato de a parte autora ter pleiteado judicialmente verba indenizatória DPVAT, cujo processo administrativo, sendo autuado sob o **nº. 3180116722**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 16/11/2016.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de TORNOZELO ESQUERDO, com repercussão média 50%, no valor de R\$ 1.687,50, ou seja, **O EMBARGADO SUSTENTA SEU PLEITO INDENIZATÓRIO EM LESÃO IDÊNTICA A QUE FORA RECEBIDA ANTERIORMENTE.**



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:

29/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000088881-7

DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO TORNOZELO ESQUERDO.

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 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 sequelas permanentes

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): **TORNOZELO ESQUERDO.**☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 52.57595-7/RJ

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexos de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

São essas as razões pelas quais a embargante confia, espera e requer sejam acolhidos e providos os presentes Embargos Declaratórios, enfrentado o ponto OMISSO, conferido efeitos integrativos para o fim de prover integralmente, tudo por ser medida de direito e irretorquível JUSTIÇA!

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/03/2021 12:23:15

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103301223149900000014838986

Número do documento: 2103301223149900000014838986

Num. 15706988 - Pág. 2

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 29 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/03/2021 12:23:15
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033012231499000000014838986>
Número do documento: 21033012231499000000014838986

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: 29/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000088881-7

Nr. da Autenticação 06C37D054EE2BB50



Rio de Janeiro, 14 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**

Nº Sinistro: **3180116722**

Vitima: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**

Data do Acidente: **16/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180116722**.

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 12509914

Pag. 00469/00470 - carta_01 - INVALIDEZ

00030235



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**

Sinistro: **3180116722**
Vítima: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**
Data do Acidente: **16/11/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180116722** 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** 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

Pag. 01543/01544 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12544094



Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Carta nº: 12618037

A/C: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

Nº Sinistro: 3180116722
Vitima: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA
Data do Acidente: 16/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ

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: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000088881-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0187501876 - carta_15R - INVALIDEZ

00020938



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

Sinistro: **3180116722**
Nome do(a) Examinado(a): **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RS JACINTA ANDRADE nº 0 - SANTA MARIA DA CODIPI - TERESINA/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2132413 - SSP**
Data e local do acidente: **16/11/2016 TERESINA/PI**
Data e local do exame: **27/03/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE TERÇO DISTAL DE PERNA ESQUERDA.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS NO TERÇO DISTAL DA FIBULA ESQUERDA. ESTA DE ALTA MÉDICA.

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

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO COM DEFORMIDADE EM TOPOGRAFIA DE TERÇO DISTAL DE PERNA ESQUERDO E COM BLOQUEIO DA FLEXÃO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.

IV. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL MÉDIO NO TORNOZELO ESQUERDO.

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 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

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **TORNOZELO ESQUERDO.**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 52.57595-7/RJ

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM





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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

962.064.033-00

Nome completo da vítima

Glauco Pedro Cullund Freitas

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Glauco Pedro Cullund Freitas

CPF titular da conta

Profissão

RECUSO-ME

Endereço

RS Santa Inês, 215 casa 25

Número

317

Complemento

CASA

Bairro

Santa Maria da Boa Vista

Cidade

Teresina

Estado

Piauí

CEP

64.000-000

E-mail

Telefone (DDD)

(86) 9829-5708

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

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO

2004

D/V

CONTA

NRO

88881

D/V

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

ORIGINAL

Teresina, 13 de Março de 2017

Local e Data



Glauco Pedro Cullund Freitas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/03/2021 12:23:15

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21033012231513700000014838987>

Número do documento: 21033012231513700000014838987

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

072-614265629-0

13/MAR/2018 HORA DE 11:47:38

LOT: 16.25285-7 TERM: 063818
LOCALIDADE: TERESINA
AG. VINCULADA: 2004 CONTROLE: 692914947

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2004 013 00088881-7

GLAUCIO P. C. FEITOSA

VALOR :

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

072-614265629-0

Loterias CAIXA

1ª VIA





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000775/2018-80

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

Data/Hora: 27/02/2018 - 12:04

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MIGUEL ROSA, Nº:

Complemento

Data/Hora

16/11/2016 - 07:50

Bairro

CENTRO NORTE

Ponto de Referência

PROX. À RUA COELHO DE RESENDE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

RG: 2132413 PI

Mãe: SALETTE MARIA BORGES CALAND

Pai: JOSÉ LITT FEITOSA DE MORAIS

Endereço: QD-15, CS-25, CONJ. JACINTA ANDRADE, Nº

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A PISTA QUANDO FOI ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA. FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 427356). DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HPM. (PRONT. 182291). TESTEMUNHA: VALMARA DE JESUS MARINHO TEIXEIRA, RUA CLODOALDO FREITAS, 2507-PORENQUANTO. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Gláucio Pedro Calland Feitoso
GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA - 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 Gláucio Pedro Caldeira Feltre CPF da Vítima 962.064.033-00 Data do Acidente 16/11/2016

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 prova do 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ORIGINAL



Teresina 13 de Março de 2017
Local e Data

Gláucio Pedro Caldeira Feltre
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HU
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Impr: 16/11/2016 08:29:50

Form: JORNAL

Paciente: QUERENDIAZ

BOLETIM DE ENTRADA - HE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA		Prontuário: 427356
Mãe: SALETTE MARIA BORGES CALAND	Pai: JOSE LITT FEITOSA BORGES DE MORAIS	
End. Resid.: RUA CLODOALVE FREITAS 2507 - POREQUANTO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 29/06/1980	Idade: 36a:5m:18d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS: 898003920821906	
Profissão: GRAFICO	Documento: RG: 2132413 - SSP	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 581685	Data: 16/11/2016 08:17:17	Condução: - - -
Tipo de Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
CID Secundário:		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Não evento recente	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Azul
Breve História: PACIENTE COM DOR NA DE EDNA E LOR EM CALCANHAR COM SUSPEITA DE FRATURA.		Profissional Clas. Risco: JOSENE BARBOSA DE SOUSA COREN 266102 Em: 16/11/2016 08:29:49	

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: 08:35) Ortopedia

Exame em repouso esquerda há 2 h
clavícula com fratura, no nível: 1/3
distal.

Od: ortopedia

Roceldo Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3531/CRM-AM 648

CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2017

DPVAT

PA: X mmHg

Pulso: -

FC: - bpm

Temp.: -

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

9:10. Repouso total de 48 h.

ex. radiológico: fratura clavícula lateral (E)
Od: ortopedia

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /

HORA: :

Se Internado, indique o Procedimento e CID

04280 50 578

S22.6

Procedimento

CID

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura - Profissional Médico



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.746/0001-69 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda pelo SEFAZ/PI/06

Nº da Nota Fiscal 000157015

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA/MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2017	13/11/2017	30	18,57

LUANNA CECILIA COSTA SOUSA
R. JACINTA ANDRADE S/N QD 15 CASA 25 SANTA MARIA DA CODIP
CPF: 00081137567368
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 4.001.48.50.324000

CEP: 64.000-020 - TERESINA		ROT: 4.001.48.50.324000	
DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
KWh			
Atual:	8598	Atual:	06/11/2017
Anterior:	8568	Anterior:	03/10/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	04/12/2017
Consumo Medido:	30	Emissão:	06/11/2017
Consumo Faturado:	30	Apresentação:	06/11/2017
	FCAM		

MINIMO

34

DAVIDA DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	HOMO	11110001		1.1.1.1	120
HISTÓRICO KWh		DESCRIÇÃO DA CONTA			
Mês/ano consumo					
OUT/17	129	CONSUMO 30 A R\$ 0,619036 =			18,57
SET/17	133	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -			1,12
AGO/17	137				
JUL/17	0				
JUN/17	151				
MAI/17	151				
ABR/17	151				
MAR/17	0				
FEV/17	163				
JAN/17	162				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
R\$ 30 - 0,619036 =					

MENSAGENS IMPORTANTES E DESPESAS ADICIONAIS

Mes/Ano Valor R\$
10/2017 90,89

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica e multa de 20% (vinte por cento) em função das contas pendentes desta fatura. O não pagamento desta energia elétrica bem como a inclusão do nome do consumidor na CEPROT. Informações ainda existentes: contas pendentes e não realizadas no valor de R\$ 479,09 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor considerar este valor.

* (FATURADO PELO MINIMO. PORTA/PORTÃO FECHADO)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 720A.DCC0.976C.808A.F831.2FAE.0110.F919

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 5,08	Base de Cálculo
Energia: 2,64	Atenuação 100%
Transmissão: 1,51	Valor do ICMS
Encargos: 1,53	Valor do PIS
Tributos: 0,81	Valor do COFINS 0,14
	0,67

INDICADORES DE SUSTENTABILIDADE							
ESG	ESG	ESG	ESG	ESG	ESG	ESG	ESG
Carbono	5,07	10,15	20,30	3,23	6,47	12,95	2,86
Água	0,00			0,00			0,00

POTY 09/2017 32,44

ROT: 4.001.48.50.324000

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.746/0001-69 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)

SEU CÓDIGO

1210505-8

TOTAL A PAGAR - R\$

18,57

MÊS FATURADO

11/2017

VENCIMENTO

13/11/2017

Nº da Nota Fiscal: 000157015 FCAM

836500000000 2 185700170000 3 000000001210 4 505811170008 1



SEQ.: 00107 UC: 1210505-8 DT. LEIT.: 06/11/2017 T. ENTR.: 03
LEITURA: 8598 NINIMO TOTAL: 18,57 CARGA: 051
DT. VENC.: 13/11/2017 IPREG.: 001 COLETOR: 0951

PI CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT





NOME DO PACIENTE: Glaucio Pedro Calhano Freires

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 427356

CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2018

DPVAT

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





HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HU
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Impr: 16/11/2016 08:29:50

Plan: JORNAL

Paciente: QUERENDIAZ

BOLETIM DE ENTRADA - HE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA		Prontuário: 427356	
Mãe: SALETTE MARIA BORGES CALAND	Pai: JOSE LITT FEITOSA BORGES DE MORAIS		
End. Resid.: RUA CLODOALVE FREITAS 2507 - POREQUANTO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 29/06/1980	Idade: 36a:5m:18d	Sexo: Masculino	Voto: -
Responsável: O MESMO	CNS: 898003920821906		
Profissão: GRAFICO	Documento: RG: 2132413 - SSP		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Solteiro		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 581685	Data: 16/11/2016 08:17:17	Condução: -
Tipo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
CID Secundário:		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Não evento recente	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Azul
Breve História: PACIENTE COM DOR NA DE EDNA E LOR EM CALCANHAR COM SUSPEITA DE FRATURA		Profissional Clas. Risco: JOSENE BARBOSA DE SOUSA COREN 266102 Em: 16/11/2016 08:29:49	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 08:35) Ortopedia

Exame em repouso esquerda há 2 h
clavícula com fratura, no man. dor e
edema.

cd: ortopedia

Roceldo Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3531/CRM-AM 648

CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2017

PA: X mmHg Pulso: FC: bpm Temp.: PRVAT

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

9:10. Retorno sala de cur. p. ortopedia. medicação prescrita (E)
cd: ortopedia

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA: :	De Internação, Indique o Procedimento e CID 04280 50 578 S22.6 Procedimento
-----------	---------	---

X Glaucio Pedro Calland Feitoso
Assinatura Paciente ou Responsável

Roceldo Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3531/CRM-AM 648
Assinatura - Profissional Médico



Page 48 of 50

ADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __:__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



SUMÁRIO DE ALTA

 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02	Prontuario: 427356
	Internação: 177930

Nome: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA				
End. Resid.: RUA CLODOALVE FREITAS 2507 - PORENQUANTO				
Cidade: TERESINA - PI		CEP: 64000-010		
Sexo: Masculino	Nascimento: 29/06/1980	Idade: 36a:5m:18d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: GRAFICO
Internação		Alta		Permanência
Data 16/11/2016	Hora 08:27	Data 16/11/16	Hora 10h	

Diagnósticos:	Cod.CID:
CID Principal:	
CID Secundário:	
D Causa Morte:	

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: ___/___/___ Tipo: ___

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: () Curado () Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa () Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____

Nome: _____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**
Id,Sx : 36a , M
Pedido: 3207072
Médico: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
Emissão: 16/11/2016 às 16:15

Fl. 3/28
Registro: 11111151
Clínica: P01
Origem : HUT-HUT
Destino: HUT
Cadastro: 16/11/2016 às 11:11

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min
RETRAÇÃO DO COÁGULO

Liberado em 16/11/2016 às 15h 56min

RESULTADO: TOTAL
Método: Qualitativo
Material: SANGUE TOTAL

VALOR DE REFERÊNCIA: Retração Total

Liberado por  Risemberg Soares Pereira - CRF-PI-489

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min
TEMPO DE SANGRAMENTO

Liberado em 16/11/2016 às 15h 56min

RESULTADO: 1'00'' minuto
Material: SANGUE TOTAL

VALOR DE REFERÊNCIA: 1 a 4 minutos

Liberado por  Risemberg Soares Pereira - CRF-PI-489

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min
TEMPO DE COAGULAÇÃO

Liberado em 16/11/2016 às 15h 56min

RESULTADO: 5'00'' minuto
Método: Les-White
Material: SANGUE TOTAL

VALOR DE REFERÊNCIA: até 12 minutos

**CORRETOR
DE SEGUROS**

13 MAR 2013

Liberado por  Risemberg Soares Pereira - CRF-PI-489

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min
PROVA DO LAÇO

Liberado em 16/11/2016 às 15h 56min

RESULTADO: NEGATIVO
Método: Rumpel-Leede

VALOR DE REFERÊNCIA: Negativo

Liberado por  Risemberg Soares Pereira - CRF-PI-489





HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Fl. 1/28

Nome : **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**

Registro: 11111151

Id,Sx : 36a , M

Clínica: P01

Pedido: 3207072

Origem : HUT-HUT

Médico: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

Destino: HUT

Emissão: 16/11/2016 às 16:15

Cadastro: 16/11/2016 às 11:11

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min

Liberado em 16/11/2016 às 12h 00min

URÉIA

RESULTADO: 16 mg/dL

VALOR DE REFERÊNCIA 15 a 40 mg/dL

Método: Automação

Material: SORO

Liberado por Gina Coelho Saraiva de Sousa - CRF-PI-494

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min

Liberado em 16/11/2016 às 12h 00min

CREATININA

RESULTADO: 0.6 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA

Método: Automação

Homens : até 1,4 mg/dL

Material: SORO

Mulheres: até 1,2 mg/dL

Liberado por Gina Coelho Saraiva de Sousa - CRF-PI-494

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min

Liberado em 16/11/2016 às 12h 00min

GLICOSE

RESULTADO : 68 mg/dL

VALOR DE REFERÊNCIA: 70 a 99 mg/dL

Método: Automação

Material: SORO

Liberado por Gina Coelho Saraiva de Sousa - CRF-PI-494





HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Fl. 2/28

Nome : GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

Id, Sx : 36a , M

Pedido: 3207072

Médico: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

Emissão: 16/11/2016 às 16:15

Registro: 11111151

Clinica: P01

Origem : HUT-HUT

Destino: HUT

Cadastro: 16/11/2016 às 11:11

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min

Liberado em 16/11/2016 às 11h 45min

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITOGRAMA

Hemácias 4.10 milhões/mm³
Hemoglobina 11.9 g/dL
Hematócrito 38.7 %
V.C.M. 94.4 fL
C.M. 29.0 uug
H.C.M. 30.7 g/dL
R.D.W. 15.2 %
Observações:

VALORES DE REFERÊNCIA

Homem	Mulher
4,50 a 5,50	3,90 a 5,50
13,50 a 18,00	11,50 a 16,40
40,00 a 54,00	36,00 a 47,00
	76,00 a 96,00
	27,00 a 32,00
	32,00 a 36,00
	11,60 a 14,80

LEUCOGRAMA

Leucócitos 7300 mm³
Neutrófilos 4818 mm³ 66.0 %
Segmentados 4745 mm³ 65.0 %
Bastões 73 mm³ 1 %
Metamielócitos 0 mm³ 0.0 %
Mielócitos 0 mm³ 0.0 %
Promielócitos 0 mm³ 0.0 %
Eosinófilos 146 mm³ 2.0 %
Basófilos 0 mm³ 0.0 %
Linfócitos 1606 mm³ 22.0 %
Monócitos 730 mm³ 10.0 %
Observações

VALORES DE REFERÊNCIA

Adultos	: 4.000 a 10.000
4 a 7 anos	: 6.000 a 15.000
8 a 13 anos	: 4.500 a 13.000
2.300 a 7.500 mm ³	40 a 75 %
-	40 a 75 %
45 a 230 mm ³	1 a 1 %
-	0 a 1 %
-	0
-	0
40 a 330 mm ³	1 a 6 %
1 a 100 mm ³	0 a 1 %
1.500 a 3.500 mm ³	20 a 45 %
200 a 800 mm ³	2 a 10 %

Contagem de PLAQUETAS
Observações

258000 mm³

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm³

Método: Automação
Material: SANGUE TOTAL



Liberado por Christian Andersen Francisco da Silva Lima - CRF-PI-733





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original que
foi apresentada(s) e sou(s) o

Em, 10/05/17

Setor de Arquivo Técnico da HPMP

Luiz Henrique Vasconcelos Reis - 2º TEN PM

RGPM 105198193-2 / Matr. 14495-0

Chefe do Setor de Arquivo Técnico

NOME DO PACIENTE:

Cláudio Pedro Callaud Ferreira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

182293/16

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

PJ CORRETORES
DE SEGUROS
13 MAR 2013
DPVAT





**LAUDO PARA SOL
AUTORIZAÇÃO DE INTE**

Identificação do Estabelecimento de Saúde:

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILI'

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILI'

AIH : 2216101/8226-8

UNI : HOSPITAL DA POLICIA - DIRCEU

GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

Luciana Ribeiro Formiga Rocha

Médica Auditora DRCA/AGS

CRM-PI 2297 - CPF: 462.610.793-15

CNS 98803920821906

D.LIBERRA: 22/11/2016

PROCED.: 0408050578 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNI

OP.SIST: CELSO

CID : S826

Luciana
ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

NASCIMENTO

29/06/1980

Atendimento

211300

Identificação do Paciente

5 - Nome: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**

6 - Prontuário: **182291**

7 - CNS: **898003920821906**

8 - Nascimento: **29/06/1980 02:00**

9 - Sexo: **M**

CPF: **962.064.033-00**

11 - Mãe: **SALETE MARIA BORGES CALAND**

12 - Fone: **86-3.2233870 / 988520822**

13 - Resp:

14 - Cor: **BRANCA**

15 - Ender.: **CLODOALDO FREITAS**

2507

PORENQUANT(19 - CEP: 64003-075

16 - Munic: **TERESINA**

17 - Cod. IBGE: **221100**

18 - UF: **PI**

RG: **21324-13**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Don e edema em
torsozelo (2)*

21 - Condições que justificam a Internação:

Necessite fto amputação

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

RX Torsozelo

13 MAR 2013
CORRETORA
DE SEGUROS

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

Mal. neopl. lat S826

13 MAR 2013

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Amputação neopl. lat 0408050578

29 - Clínica:

30 - Carater.:

Ident.:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

POSTO I

02

1

CPF

16778699841

33 - Nome Profissional / Assistente
LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

16/11/2016

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N.º Bilhete.

41 - Serie

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Carimb. (R.O. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Glauco Pedro Calland Feitos

Luciana
Assinatura:
Consultoria Local:
Consultoria SUS:
Impressão 11:24:18





Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		16/11/2016	
SIM ☐ NÃO ☐		Nome: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA		Pront.: 182291	
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 29/06/1980 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM ☐ NÃO ☐		Atendimento: 211300		Enfermaria: POSTO I	
CLÍNICA		Pal: JOSE LITT FEITOSA DE MORAIS		ENF 118 LEITO	
Médico Assistente		Mãe: SALETE MARIA BORGES CALAND		Leito: 118	
Residência:		RG: 2132413			
Permanência		CLODOALDO FREITAS		Bairro: PORENQUANTO	
CLÍNICA		Nº: 2507		Cidade: TERESINA	
		Cep: 64003075		Telefone: 86 - 32233870	

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Don e ede em
fornecido 12

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID
Principal: 182291	CID 5826
Procedimento: 182291	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica
	Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma		☐ Nenhuma	
☐ Médico		☐ Médico	
☒ Cirurgia		☒ Cirurgia	
☐ Médico Cirúrgico		☐ Médico Cirúrgico	

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta	Data da Hospitalização
16/11/2016 11:11:44	15/11/16	

ALTA

Salida	Transferência	Óbito
☐ Curado	☐ Fisiologia	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Melhorado	☐ Psiquiatria	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Inalterado	☐ Outros	☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação
☐ A Pedido		
☐ Internação p/ Diagnóstico		

THE 11/11/16

Assinatura: [Assinatura]

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higinio Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 17 / 11 / 2016
Nº DO PRONTUÁRIO: 182291 SALA: 08
CÓD DA CIRURGIA: 610803578

Descrição da Cirurgia:

Pac. em SS. Los super
aspirac / paroste / aut.
sepre / campos / incisão
deveas / redução / fixação
futuro / curativo / tela
pericó / retardo paroste

Dr. Ednan Soares Coutinho - 2º TEN
CRM 105198193-2 / Matr. 14403-9
Unidade do Setor de Anestesia

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Danilo

Circulante: Emilene



DATA: 17/11/16
Nº DO PRONTUÁRIO 18229754
CÓD DA CIRURGIA: 146050518

CARTÃO ALUNO		OXYGEN		SEQUENCIA	
REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CABO VERDE	1	[Handwritten signature]			
	2				
		[Handwritten: $\Delta = \vec{A}$]			

Técnica Anestésica: Rapin (L34) (16G)

Comentários Adicionais

MONITORIAÇÃO

☒ ECG ☒ Dinametro ☐

☐ PAM ☐ Capnografia ☐

☒ PARI ☐ PVC ☐

Medicamento	Forma	Dose	Frecuencia	Observaciones
Adrenalina	Amp			
Agua dest. 10ml	Amp			
Atroscina	Amp			
Bextra	Amp			
Broncoforte	Amp			
Cefazolin 1g	Fr			
Cefadilo	Fr			
Cipofloxacina	Fr			
Clonidin	Amp			
Colmido	Fr			
Dexametazona	Amp			
Diazepam	Amp			
Dikort	Amp			
Dipirona	Amp			
Dolafina	Amp			
Droperidol	Amp			
Eforil	Amp			
Efedrin	Amp			
Enturano	ml			
Fentanil	ml			
Pantani (50C)	Amp			
Ralotano	ml			
Hidrocortisona	ml			
Isotriurano	ml			
Jaico n°	Und			
Lisocaina	Fr			
Metoclopramida	Amp			
Manitol	Fr			
Midazolam	Fr			
Metronidazol	Fr			
Neocaina 0.5%	Amp			
Narcam	Amp			
Novatbipi 0.5%	Fr			
Nubain	Amp			
Neocaina 5%	Fr			
Neocaina 0.5% Isobar	Amp			
Penicilina	Amp			
Oropaxol	Fr			
Ondesetrona	Amp			
Polio Cel	Fr			
Marbuteno	Amp			
Profonal	Fr			
Fluorinol	ml			
Ranitidina				
Quinolon				
Quetiapina				
Risperidona				
S. Flucanil 0.5%	ml			
S. Glucanil 5%	ml			
Scalpin				
Talidomida				
Ticlid				
Tegaserod				





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 31674
PACIENTE: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA
NOME DA MÃE: SALETE MARIA BORGES CALAND
DATA DO NASCIMENTO: 29/06/1980
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 18/11/2016
DATA DO LAUDO: 05/12/2016
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO EM DUAS INCIDENCIAS

Controle pós-operatório.

Fratura na fibula distal com fixação ortopédica.

Aumento do volume e densidade das partes moles adjacentes.

Assinatura
Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

Assinatura
Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: HPT
CONTATO FEITO COM: _____
CONFIRMADO A VAGA: SIM (X) NÃO ()

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Gláucia Pedro Calandário
IDADE: 36 ESTADO CIVIL: _____
ENDEREÇO: _____
RESPONSÁVEL: _____

I - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO () CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Tumor em 4.º E

EXAMES REALIZADOS:

R7 R^o FLR

DIAGNÓSTICO:

f₁ (T₁2) maligno
Wtop (E)

13826

0409050778

TRATAMENTO REALIZADO:

X₁W

10/03/2021 12:23:15
RSPM 105198193-7 / Mat. 14413 7
Unidade do Setor do Arquivo Técnico

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

H. de

João Ferreira Neto
CPF: 000.000.000-00

DATA: 16/11/16

Ass. e carimbo do médico

HUT





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180116722 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA **Data do acidente:** 16/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE, EVOLUIU COM SEQUELA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MI ESQUERDO: 25% DE 70%

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180116722 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA **Data do acidente:** 16/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO DISTAL DE PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MÉDIO NO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS NO TERÇO DISTAL DA FIBULA ESQUERDA. ESTA DE ALTA MÉDICA.
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO COM DEFORMIDADE EM TOPOGRAFIA DE TERÇO DISTAL DE PERNA ESQUERDA E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/03/2018

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

