



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000075/2019-61

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 05/02/2019 - 10:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
RUA RUI BARBOSA, Nº:
Complemento

Data/Hora
14/12/2018 - 07:15

509993

Bairro
MATADOURO

Ponto de Referência
HOSPITAL MATADOURO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO
RG: 395217684 PI
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES GALVÃO
Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO, Nº 87
Bairro: PARQUE ALVORADA
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

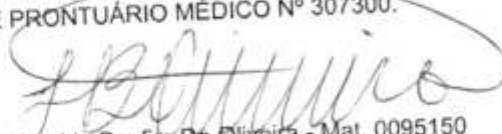
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

À VÍTIMA NOTICIANTE, ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA RUA RUI BARBOSA, SENTIDO SUL NORTE, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN, COR AMARELA, PLACA PIF-5491 TERESINA PI, RENAVAM 01038940890, PROPRIEDADE DA VÍTIMA; QUANDO ATROPELOU UM CACHORRO E VEIO À CAIR; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E CONDUZIDA PARA HUT " HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA" CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 307300.


Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150
AGENTE DE POLÍCIA


ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 667.963.853-49 Nome completo da vítima: Antonio Domingos Rodrigues Galvão

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Antonio Domingos Rodrigues Galvão CPF: 667.963.853-49
Profissão: mototaxista Endereço: R. Monteiro Lobato Número: 87 Complemento: lase
Bairro: Sao Joaquin Cidade: Teresina Estado: PI CEP: 64004-215
E-mail: _____ Tel.(DDD): 86 99534-6565

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3989 ☐ CONTA: 72903 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTENÇÃO E VERIFICAÇÃO
13 MAR, 2019

SEGURODPVAT S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Loja C
Centro - Niterói - RJ - CEP: 24090-470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se assentado)
Local e Data, Teresina - Piauí 12/03/19
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Antonio Domingos R. Galvão
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado

01 N° do chamado 1806 02 Data do chamado 14/12/18 03 PRO (código) 2904 04 Saída do PA 07:25 05 Chegada ao local 07:38
06 Saída do local 07:14 07 Chegada ao 1º hospital 08:16 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º Hospital

Local da Ocorrência

10 Endereço Rua RUI BARBOSA 11 Bairro MATIPORÃO 12 Município-UF TER-PI Código IBGE
13 Ponto de referência COMERCIAL CARVALHO GALVÃO

Dados do Paciente

14 Nome ANTONIO JOMINGOS RODRIGUES 15 Sexo 1 Masculino 2 Feminino 9 Ignorado 1
16 Idade 35 anos 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado Se idade ignorada, preencha com 999 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

o de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência 01 Acidente de transporte 02 Agressão física-espantamento 03 Agressão física-FAF 04 Agressão física-FAB 05 Urgência psiquiátrica 06 Tentativa de suicídio 07 Envenenamento 08 Afogamento 09 Queimadura 10 Choque elétrico 11 Queda 12 Urgência clínica 13 Urgência obstétrica 14 Transferência 15 Exames complementares 16 Outros 17 Já removido 18 Falso chamado
19 Vitima 20 Meio de locomoção 3 21 Outra parte envolvida 22 Equipamentos de segurança

Acidente de Transporte

19 Vitima 1-Pedestre 2-Conducutor 3-Passageiro 9-Ignorado 20 Meio de locomoção 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta 5-Ônibus/Micro-ônibus 6-Outro 9-Ignorado 21 Outra parte envolvida 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta 5-Objeto fixo 6-Animal 7-Outra 9-Ignorado 22 Equipamentos de segurança 1-Capacete 2-Airbag 3-Cinto de segurança 4-Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15 RESPOSTA VERBAL 1- Orientada 2- Confusa 3- Palavras inapropriadas 4- Palavras incompreensíveis 5- Nenhuma RESPOSTA MOTORA 1- Obedece a comandos 2- Localiza dor 3- Movimento de retirada 4- Flexão anormal 5- Extensão anormal 6- Nenhum 24 Sinais Vitais Pulso 87 Resp. PA 120/80 TAX. SatO2 95 25 Local da lesão
26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais 27 Pulso Radial 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente Central 1- Sim 2- Não 28 Sangramento 1- Sim 2- Não 29 Escala de dor de 0 a 10 30 Fratura 1- Sim 2- Não 3- Suspeito 1- Fechada 2- Não 3- Suspeito 1- Sim 2- Não 3- Suspeito

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 1- Aspiração 2- Prancha longa/curta 3- Imobilização de extremidades 4- Oxigênio 5- Colar cervical 6- Reanimação cardiopulmonar 7- Curativos 8- Kred 9- Assistência obstétrica 10- Glicemia 11- Acesso Venoso 12- Medicamentos a) b) c) 32 Hospital de Destino HVT 33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Alterado 34 Óbito 1- Sim 2- Não 3- Suspeito 1- Antes do socorro 2- Antes do transporte 3- Durante o transporte

Hospital de Destino

Observações Interdisciplinar

Paciente masculino, 35 anos, pirotizando com uso de capote, colidido com animal (cachorro). Consciente, orientado, parado, referindo dor intensa em joelho direito, pirotizando, segue para hosp de referência HVT.

Responsável pela recepção Dr. Eduardo Almeida Médico 3399 Socorristas Médico JOC Vinícius Dutra da Silva AE/TE Têc. Enfermagem - FMS 3399 Enfermeiro Conducutor Edivaldo Perrano

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: 22/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000072903-8

Nr. da Autenticação BF985DA6DEAEA7D5

CONTA Nº
FEVEREIRO/2019

VENCIMENTO
20/02/2019

CONSUMO (kWh)
66

TOTAL A PAGAR (R\$)
39,94

ODETE DE OLIVEIRA LIRA
R. MONTEIRO LOBATO 87 1146 SAO JOAQUIM
CPF: 00016060776353

DA CEPISA 04-004-215 - TERESINA

DATAS DA LEITURA

Atual:		Atual:	
Anterior:	2691	Anterior:	14/02/2019
Constante de Multiplicação:	2625	Próxima Leitura:	14/01/2019
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	15/03/2019
Consumo Faturado:	66	Apresentação:	12/02/2019
Forma de Faturamento:	Código de irregularidade: FCAM	Data de Consumo:	14/02/2019
MÉDIA 12M DA UNIDADE CONSUMIDORA		31	
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste
			Código Fat. Média 12 meses

RENTA BAIXA RENDA
Mês/ano consumo

MONO A1697354 DESCRIÇÃO DA CONTA 1.4.1.1 66

JAN/19	62	CONSUMO	30 A R\$ 0,300370 =	9,01
DEZ/18	91		36 A R\$ 0,514933 =	18,53
NOV/18	67	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,31
OUT/18	116	DIFERENCA DE TARIFA		31,16
SET/18	85	SUBVENCAO BAIXA RENDA		21,87-
AGO/18	79	MULTA POR ATRASO 01/19-00		0,65
JUL/18	47	JUROS POR ATRASO 01/19-00		0,15
JUN/18	69			
MAI/18	33			
ABR/18	59			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,210590
31 A 66 - 0,361820

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

FATURADO PELA MÉDIA C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art 87), SUJEITO A
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art 171) - RES 414/10 ANEEL
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 12/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição: A390.393B.B40D.AF99.121C.AA85.D05B.4C84				Alíquota ICMS:			
Energia:				Valor do ICMS:	58,70		
Transmissão:	11,90			Valor do PIS:	22,00%		
Encargos:	22,95			Valor do COFINS:	12,91		
Tributos:	3,88						
2,44 INDICADORES DE CONTINUIDADE					0,82		
	17,53			FIC		DICM 3,80	DICM
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite							
Realizado							
Conjunta	5,31	10,63	21,25	3,24	0,82	12,95	3,03
	0,00			0,00			0,00

TERESINA-MARQUES

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

12/2018 14,33

0068917-3

MÊS FATURADO

02/2019

Nº da Nota Fiscal:

017699428 FCAM

39,94

VENCIMENTO

20/02/2019

83610000000 6 39940017000 3 00000000068 7 91730219008 2



SEQ.: 00208 UC: 0068917-3 DT.LEIT.: 14/02/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 2691 MÉDIA 12M TOTAL: 39,94 CARGA: E03
DT.VENC.: 20/02/2019 IRREG.: 001 COLETOR: 1472

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 018211785

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

PERÍODO DE FATURAMENTO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	01/03/2019	297	314,47

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA FATURA	
Atual:	19725	Atual:	22/02/2019
Anterior:	19428	Anterior:	23/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/03/2019
Consumo Medido:	297	Emissão:	21/02/2019
Consumo Faturado:	297	Apresentação:	22/02/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	195

MÊS POR MÊS		DESCRICOES DA FATURA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	297 A R\$ 0,957855 = 284,48
JAN/19	365	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	22,22
DEZ/18	57	MULTA POR ATRASO 01/19-00	6,76
NOV/18	0	JUROS POR ATRASO 01/19-00	1,01
OUT/18	96		
SET/18	299		
AGO/18	232		
JUL/18	184		
JUN/18	208		
MAI/18	211		
ABR/18	159		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
R\$ 297 - 0,957855			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO FZC6.737A.1AE0.8044.7501.5023.0972.48B8

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TAXAS - R\$	
Distribuição:	53,46	Base de Cálculo:	284,48
Energia:	103,28	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	17,48	Valor do ICMS:	76,80
Encargos:	11,02	Valor do PIS:	4,01
Tributos:	99,24	Valor do COFINS:	18,43

INDICADORES DE CONFIRMAÇÃO								
	TAR			IC			DARIC	TAR II
	Atual	Anterior	Atual	Atual	Anterior	Atual	Atual	Anterior
Consumo	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Valor do PIS	0,00			0,00			0,00	
Consumo: 11 DE SETEMBRO, 2018						Atualizado em:	12/10/2018	por: 10/10/2018

Consumo: TERESINA - MACAIBA Período de validade: 12/2018 - 10/2019

ROT: 17.001.31.11.020500





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

29-21

Dados do Chamado	01 N° do chamado 1806	02 Data do chamado 14/12/16	03 PRO (código) 2909	04 Saída do PA 07:25	05 Chegada ao local 07:38
	06 Saída do local 07:19	07 Chegada ao 1° hospital 08:16	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rm - Rm BARROCO	11 Bairro MATARÃO	12 Município-UF THER-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência COMERCIAL CARVALHO GALVÃO				
Dados do Paciente	14 Nome ANTONIO JOMINGOS ROQUELES	15 Sexo Masculino	16 Idade 35 anos		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 5 - Obedece a comandos 4 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 2 - Flexão anormal 1 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 87 Resp. 130x2 PA 130x90 TAX. 95 SatO2 95	25 Local da lesão 			
	26 Pupilas iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial Central 0 Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Escala de dor de 0 a 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Prancha longa/curta Imobilização de extremidades Oxigênio Colar cervical Reanimação cardiopulmonar Curativos Kred Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)				
	32 Hospital de Destino HVT 33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Alterado 34 Óbito 1-Sim 2-Não 3-Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar	35 Observações Paciente motociclista, masculino, 35 anos, pirotorçado com uso de capacete, colidiu com animal (cachorro), consciente, orientado, paciente, referindo dor intensa em joelho direito, prfpr hipotensão, segu para hosp de referência HVT.				
	Responsável pela recepção: Dr. Eduardo Leite Médico CRM-PI 6339 Socorristas Médico: JOC Vinícius Quintes da Silva Enfermeiro: Edivaldo Pereira AE/TE: Tereza Fátima de Fátima FMS Condutor: Edivaldo Pereira COREN-PI 594539				



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Antonio Dominges Rodrigues Calvo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 307300

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

- C-C bond
- σ bond

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 14/12/2018 08:33:53

(User: EDUARDO SALMITO)

(Estação: TRAUMA)

<u>Nome:</u> ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO		<u>Prontuário:</u> 307300	
<u>Mãe:</u> FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO		<u>Pai:</u> LUIZ PEREIRA GALVAO	
<u>End.Resid.:</u> RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<u>Nascimento:</u> 24/04/1983	<u>Idade:</u> 35a7m20d	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 86-99473-8771
<u>Responsável:</u> MARIA DA CONCEICAO		<u>CNS:</u> 898004147720732	
<u>Profissão:</u> MOTOTAXISTA		<u>Documento:</u> RG: 39521768 - SSP	
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Casado(a)	
<u>End.Local.:</u> - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 698108	Entrada: 14/12/2018 08:17:42	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			

ADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Final/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
		Indefinido
<u>Breve História Clas. Risco:</u>		
		?

SSVV: _____ (Hora: ____:____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO X CACHORRO - NO MOMENTO SE QUEIXA APENAS

A: VIAS AEREAS PERVIAS, C COLAR CERVICAL - RETIRADO CONFORME EXAME FISICO

B: AP: MV+ BILATERALMENTE SRA, EUPNEICO EM AR AMBIENTE SATO2= 98% AR AMBIENTE

C: FC:90BPM ABDOMEN INDOLOR , SEM SINAIS DE IRRITACAO PERITONEAL

D: ECG: 15

E: LEVE HEMATOMA EM TORAX

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

(1118560) - TORAX PA

(1118561) - PERNA DIREITA

(1118562) - COXA DIREITA

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO SALMITO SOARES
6339 PI Em: 14/12/2018 08:33:51

NOME Antonio Domingos Rodrigues IDADE _____ anos DATA 14/12/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 14 hs 25 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL (X) RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Luxação de joelho. CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>133/77</u>	<u>146/80</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>82</u>	<u>108</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>/</u>	<u>36.4</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>/</u>	<u>1</u>
NOME/ MATRÍCULA	<u>Bayz</u>	<u>Bayz</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Movimenta dois membros	1	1 ☒	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☒	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☒	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Resposta ao estímulo	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☒	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☐
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>09</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS. <u>Maria Jardenia de Oliveira</u> Enfermeira COREN-PI 484.168	

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente admitido na SRPA em PQI de fratura de joelho; segue consciente; ar ambiente.

Maria Jardenia de Oliveira
Enfermeira
COREN-PI 484.168

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PRESCRIÇÃO MÉDICA

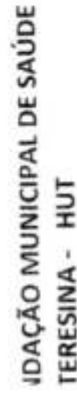
ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] PED. INEUIRO [] GERAL [] 4 [] QUIFIM CLÍNICA [] PED. MORT. INEUIRO [] ICIR [] IMED



URGÊNCIA

PRESCRIÇÃO N.º 1.211 CA

[illegible]

 $\text{HOS($

JRGÊNCIA

PRESCRIÇÃO N.º 20, CA

NOME DO PACIENTE			PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO			307300	24/04/1983	35	Ortopédica	233	EXT. 1	
PRESCRIÇÃO MÉDICA						HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
DATA/HORA CÓDIGO									
DI : 14/12/2018	FRAT PLATO TIBIAL D		Perto		Chute				09h. Realizado curativo em F.O. utilizado SF 0,4%, AGE, gases e vapores. <u>Sei. Suave</u>
15/12/18									
1	Dieta oral livre								
2	Jelco salinizado								
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs								11h - Tax: 36,6°, P: 82 bpm
4	Tramadol 100mg _ 01 amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN =								SA: 54/188 mmHg - <u>Sei. Suave</u>
5	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h								23:00 - PA - 130/70 mmHg. <u>Sei. Suave</u>
6	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs								
7	Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N								
8	clexane 40mg 1amp SC 1XDIA								
9	Curativos diários								
10	Cuidados gerais e sinais vitais								

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 MAR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 0
Centro - Norte CEP: 64.02470

Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho
Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia
CRM3415-TEO110029 / CRMPI2308 / CRM3766-TEO11305 / CRM1367



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGENCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO N.º DIA

Reproducible

URGENCIA DE TERESINA - RUI		PRONTUÁRIO		CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
NOME DO PACIENTE		PRESCRIÇÃO MÉDICA		Ortopédica	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA/HORA CÓDIGO					HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
14/12/18	P.O.I					RAIO-X REALIZADO DATA 14/12/2018 Técnico: <i>[assinatura]</i>	
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTESICO					17:10 Paciente admitido nesta clínica, providen- te da S.R.P.A no P.O.I de fratura de platô tibial D. Consciente, orientado, receptivo ao diálogo. Negar alegria medularmen- te a lombalgia.	
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN						
3	RANITIDINA 50 - 1 AMP + AD EV 12/12H						
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H						
5	DIPIRONA 1G - 1/2 AMP + AD EV 6/6 H						
6	TILATIL 20mg-AMP-1AMP+AD EV 12/12H						
7	TRAMAL 100mg-1 AMP+100ml SFO.9% 8/8H SN						
8	CURATIVO						
9	CCGG*SSW						
						24:00 P.A = 110 <i>[assinatura]</i>	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 MAR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

233

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/12/15

NOME DO PACIENTE:	<u>Antonio Domingos Rodrigues</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>307300</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fract. de Placa Tibial (D)</u>	CIRURGIA:	<u>Fix. de Placa Tibial</u>
ANESTESIA:	<u>Raque</u>	Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Marcelo</u> Flávio Maciel B. de S. Bastião Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 3102	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Marcelo</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Valdirene</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>6.5</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
SCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>eletrodos</u>	"	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 13 MAR. 2019 GENTE SEGURADORA S/A: Rua Coelho de Resende, 465 Loja C. Centro - Norte CEP: 64.002470			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>News</u>		
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Antonio Domingos Rodrigues Galvão*

Diagnóstico pré-operatório *Fract. platô direito Shatzker VI*

Operação - Tipo *Fixação*

Cirurgião *Flávio Maciel B. da Silva* 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *14/12/2018* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Raqueo cirúrgico, DPH, enquerpo, anti-rotacional, enquerpo, redução, sob-pressão e fixação externa transcutânea e fixação externa tubo e tubo. Curativo

Flávio Maciel B. da Silva
Ortopedista e Traumatologista
CRM-P 3102

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 MAR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 6
Centro - Norte CEP: 64.002470



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

AValiação PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Antônio Demunçes Rodrigues Galvão</u>	Prontuário: <u>307300</u>	Data: <u>14/12/18</u>
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Idade: <u>35 anos</u>	Peso: <u>—</u>
Procedimento (s) proposto (s): <u>Fratura de platô tibial D - tratamento cirúrgico</u>		Apto? ☒ Sim ☐ Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	☐ Sim	☒ Não
2 - Patologias respiratórias	☐ Sim	☒ Não
3 - Antecedentes patológicos	☐ Sim	☒ Não
4 - Convulsão	☐ Sim	☒ Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	☐ Sim	☒ Não
6 - Transfusão sanguínea	☐ Sim	☒ Não
7 - Uso de medicação	☐ Sim	☒ Não
- ergia	☐ Sim	☒ Não
8 - História familiar de complicações anestésicas	☐ Sim	☒ Não

EXAME FÍSICO

PA: <u>150/100</u>	Pulso: <u>110</u> ☐ arritmico	Mallampati: (1) ☒ (2) (3) (4)
1 - Respiratório	☒ Normal ☐ Alterado:	
2 - Cardiovascular	☐ Normal ☒ Alterado:	<u>HAS, taquicardia</u>
3 - Neurológico	☒ Normal ☐ Alterado:	
4 - Abdome	☒ Normal ☐ Alterado:	
5 - Vias aéreas	☐ Possível VAD	
6 - Extremidades	☐ Normal ☒ Alterado:	<u>Fratura de platô t.b.al D</u>

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	
ECG		RX Tórax
ECO		

ASA: <u>II</u>	Anestesia proposta: ☐ Geral ☒ Outro: <u>Raqui</u>
----------------	--

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

Dr. Antônio G. Oliveira
CRM-PA 10005

CRM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
13 MAR, 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelha de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

ORIGINAL
MARCA-ÁGUA
SANE - HUI
CONFERE COM O ORIGINAL



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

228976

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

laudo nº 159325

1- Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3- Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	22897

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome:	ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO	6 - Prontuário:	307300
7-CNS:	898004147720732	8-Nascimento:	24/04/1983
9-Sexo:	Masculino	RG:	39521768 - SSP
10-Mãe:	FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO	12-Fone:	86-99473-8771
13-Resp:	MARIA DA CONCEICAO	14-Cor:	Parda
15-Endere:	RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-010		
16-Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100
		18-UF:	PI
		19-CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1- Principais sinais e sintomas clínicos:		
Fract. platô tibial oblíq. Shatzker VI		
2- Condições que justificam a internação:		
Fract. oblíq.		
3- Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):		
Amn + Rx + E + Rn		
4- Diagnóstico Inicial:		
Fratura da extremidade proximal da tibia		
24-CID Prim:	25-CID Sec.:	26-CID C.Aas.
S821		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

5- Cod. Proced.:	27- Procedimento Solicitado:	Tempo
0408050683	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	
29-Clinica:	30-Caráter:	Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
	02	01 CPF 841.275.623-15
33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34- Data Solicitação:	
FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO	14/12/2018	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45- Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46- Nome do Profissional Autorizador:	47- Data Autorização:
48- Documento:	49- Num. Documento:
50- Assinatura Paciente ou Responsável:	51- Assinatura Paciente ou Responsável:
	Usuário: (KARLA BATISTA)
	Consulta Local: 698108
	Consulta SUS:
	Impressão: 14/12/2018 13:55:08

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 159325 AIH: 2218101186444
--	--

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HLT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HLT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 990004147720732	NOME DO PACIENTE ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO	NASCIMENTO 24/04/1983	SEXO M	PRONTUÁRIO 3017384
DOCUMENTO CPF 86994738771	TELEFONE 86994738771	NOME DA MÃE FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO	RESPONSÁVEL MARIA DA CONCEIÇÃO	
CEP 64000000	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA MONTEIRO LOBATO		NÚMERO / LOTE 87	
BAIRRO PARQUE ALVORADA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE DE MOTO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EX FÍSICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S82.1 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

020005063 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURAL LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) FLAVIO NUNEL BARBOSA DE SANTANA (ORTOPEDISTA) CPF: 84127562313	DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 13 MAR. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 14/12/2018	
DATA ADMISSÃO 14/12/2018 08:17	DATA ALTA 24/12/2018 14:14	MOTIVO ALTA PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
---------------	-----------------	---------------	-------	-----------------	--------------	------	-------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CONSELHO)) TÂNIA MONTEIRA ARRALEPAO CPF: 4706129315	NOME DO PROFISSIONAL - PARECER DE CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA DATA ANÁLISE: 14/12/2018 14:14:28
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
1- Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	228976

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO	6 - Prontuário: 307300		
7-CNS: 898004147720732	8-Nascimento: 24/04/1983	9-Sexo: Masculino	CPF: -
11-Mãe: FRANCISCA CHAGAS RODRIGUES GALVAO	12-Fone: 86-99473-8771		
13-Resp: MARIA DA CONCEICAO	14-Fone: 86-99473-8771		
15-Ende: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0408050683	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO AO NÍVEL DO JOELHO	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR	Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: PIMES		

38-Profissional Responsável: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO	40-Tp. Documento: CPF	 41- Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM) Flavio Maciel Barbosa de Santana Coutinho - CRM-PI 3102
39-Data Solicitação: 14/12/2018	40-No.Doc. Méd. Solic.: 841.275.623-15	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Rest. platô lin.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	DEPARTAMENTO DE SINISTROS PRIVAT 48-CNS/OPF: CONFEUDO NAO VERIFICADO
50-Justificativa da 'NÃO' autorização:		13 MAR. 2019
50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	GENTE SEGURADORA S.A. 49- Ass. Carimbo (Rg. Conselho): Rua Celso de Rezende, 405 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002.470
		14/01/19 Marcondes Martins S. Moura Médico Auditor - FMS - Teresina CRM-PI 1250 - CNS 17026395120001 Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(KARLA BATISTA)

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO** (Prontuário: 307300)
Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 24/04/1983 Idade: 35a7m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 698108
Requisição: 900923 Solicitação: 14/12/2018 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1118562 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 14/12/2018

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 23/12/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável




HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO** (Prontuário: 307300)
 Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 24/04/1983 Idade: 35a7m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 698108
 Requisição: 900923 Solicitação: 14/12/2018 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
 Controle: 1118561 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0204060168

Data Exame: 14/12/2018

PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na tíbia e fíbula proximais.

(LUÍS CEZAR)

TERESINA - PI 23/12/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 MAR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 96 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO** (Prontuário: 307300)
Endereço: RUA MONTEIRO LOBATO 87 - PARQUE ALVORADA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 24/04/1983 Idade: 35a7m29d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 698108
Requisição: 900923 Solicitação: 14/12/2018 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1118560 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

TORAX PA

Data Exame: 14/12/2018

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 23/12/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
Profissional Responsável



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
13 MAR. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06870026/0001-77 * I. E. Isento

www.saomarcos.org.br

À DPVAT

Atesto para os devidos fins que o
paciente Antônio Damasceno R.
Jelvet foi vítima de acidente de
trânsito (sic) evoluindo com grave
fratura de tíbia proximal @. Passou
por dois (2) procedimentos cirúrgicos
no HUT. Hoje encontra-se
com limitação de 10% da função
do MI @.

5821

06/05/19.

Dr. Jamerson M. de L. Lima
Ortopedia / Traumatologia
CRM-P: 3878 / TEO: 1104

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉIDO NÃO VERIFICADO
08 MAIO 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.362.708 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/03/16

NOME ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO

FILIAÇÃO FRANCISCA DAS CHAGAS RODRIGUES GALVÃO
LUIZ PEREIRA GALVÃO

NATURALIDADE PIRACURUCA-PI DATA DE NASCIMENTO 24/04/1983

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 107718 L B361 F 68

CPE EXP SÃO BERNARDO DO CAMPO-SP 16/07/09

TERES 667.963.853-49

MARCO ANTONIO PINHEIRO DE MASCARENHAS
ASSINATURA DO DIRETOR L. D. M. M. M.

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

POLEGAR DIREITA

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVÃO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0833007

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0476253

NELLE ROZE SOARES MARQUES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DCC. ORIGEM CERT. NASC. 529 L A1/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIBADES

DETRAN - PI Nº 013604471736
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2019
VIA 1 01038940890

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVA

CPF/CNPJ 66796385349
PLACA ANT. UF PI-5491

CHASSI 902KC1650PR014932
COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

PAS/MOTOCICLE/VEHICULO
HONDA/CG 150 TITAN ESD
ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CATEGORIA ALUGUEL
CAP/POT/CIL 02P/0149CC
VEIC. COTA ÚNICA 1º 1P/VA

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00
PREMIO TOTAL (R\$) 000,00
PAGO

SEM RESTRICÇÕES - OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA LOCAL 31/01/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013604471736 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 31/01/2019

VIA 1 CPF/CNPJ 66796385349 PLACA PI-5491

RENAVAM 01038940890 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN ESD

ANO FAB. 2015 CAT. 09 Nº CHASSI 902KC1650PR014932

PREMIO TARIFARIO 000,00

PREMIO TOTAL (R\$) 000,00

PAGO 000,00

DATA DE PAGAMENTO 31/01/2019

TERESINA LOCAL 31/01/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

13 MAR. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190195959 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA TIBIA E FIBULA PROXIMAIS DIREITA

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO AO DEAMBULAR, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO, CREPITAÇÃO EM JOELHO AOS MOVIMENTOS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO.

Resultados terapêuticos: EDEMA LOCAL, LIMITACAO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/05/2019

Conduta mantida: Sim

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190195959 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA TIBIA E FIBULA PROXIMAIS DIREITA

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO AO DEAMBULAR, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO, CREPITAÇÃO EM JOELHO AOS MOVIMENTOS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO.

Resultados terapêuticos: EDEMA LOCAL, LIMITACAO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/05/2019

Conduta mantida: Sim

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190195959 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO(SHATZKER VI)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO P.9).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190195959 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO(SHATZKER VI)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO P.9).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190195959 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO (SHATZKER VI).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 1 SEGURADO JÁ INDENIZADO ANTERIORMENTE EM 75% (GRAU INTENSO), PERTINENTE A PERDA COMPLETA DA MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO. SOLICITADO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER SE HOUE AGRAVAMENTO DA LESÃO JÁ INDENIZADA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190195959 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO (SHATZKER VI).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO JÁ INDENIZADO ANTERIORMENTE EM 75% (GRAU INTENSO), PERTINENTE A PERDA COMPLETA DA MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO. SOLICITADO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER SE HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO JÁ INDENIZADA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Antonio Dominges Rodrigues Galvão
 RG: 4.362 708 ORG. EMISSOR: SSP / RS D. EXPEDIÇÃO: 07/03/16
 CPF: 667.963.853-49 ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: mototaxista
 ENDEREÇO: Rua Monteiro Lobato Nº: 87
 COMPLEMENTO: casa BAIRRO: parque Alvorada
 CIDADE: Teresina ESTADO: PI CEP: 64.005300 TELEFONE: _____

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Raze Soares Marques
 RG: 4-149 262 ORG. EMISSOR: SSP PE D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
 CPF: 84017317391 ESTADO CIVIL: solteira PROFISSÃO: Recurso-me
 ENDEREÇO: Rua 24 de janeiro Nº: 544
 BAIRRO: Centro norte CIDADE: Teresina UF: PI CEP: 64.000235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA

Antonio Dominges Rodrigues Galvão

Data do acidente de trânsito: 14.12.18

Cobertura da vitima: Invalidadez

LOCAL / DATA: Teresina p/avi 05-02-2019

X Antonio Dominges Rodrigues Galvão

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

(RECONHECER FIRMAR POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRO)



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO, DOU FE. EM TEST. SAIO:AAA90205-WLDE TERESINA-PI, 05/02/2019. www.tjpi.jus.br/portalextra JUDITE DE CASTRO CARDOZO-Escritoriente Autorizada Emcl:13,85 Tj:0,77 FMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:135 PROCURACAO PARTICULAR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085325/19

Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALV/

CPF: 667.963.853-49

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2018

Titular do CPF: ANTONIO DOMINGOS
RODRIGUES GALVAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO : 667.963.853-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/03/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085325/19

Número do Sinistro: 3190195959

Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALV/

CPF: 667.963.853-49

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/12/2018

Titular do CPF: ANTONIO DOMINGOS
RODRIGUES GALVAO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/05/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190195959

Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190195959

Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

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

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

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000072903-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190195959 **Vítima: ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO**

Data do Acidente: 14/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01569/01570 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14316159

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: **ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO**

Nº Sinistro: **3190195959**
ANTONIO DOMINGOS RODRIGUES GALVAO

Data do Acidente: **14/12/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190195959**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	667.963.853-49	Antonio Domingos Rodrigues Galvão	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
Antonio Domingos Rodrigues Galvão	667.963.853-49		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
metalurgista	R. Monteiro Lobato	87	Loja
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
São Joaquim	Terresina	PI	64.004-215
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(86) 99534-6565		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 729038
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de ressarcimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência ou não de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
INVALIDEZ PERMANENTE
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 MAR. 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 - Loja C
Centro - Teresina - PI - CEP: 64.002-470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



Local e Data, Teresina - Piauí 12/03/19
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Antonio Domingos R. Galvão

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

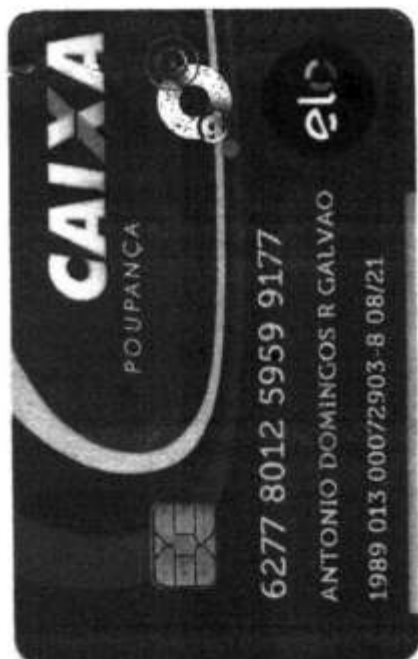
Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



**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: 3190195959
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Domingos Rodrigues Galvao
Endereço do(a) Examinado(a): R Monteiro Lobato, 87 1146
Sao Joaquim Piracuruca PI CEP: 64004-215
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 4362708
Data local do acidente: [14/12/2018]
Data local do exame: [21/05/2019] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA COMINUTIVA DA TIBIA E FIBULA PROXIMAIS DIREITA

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

Tratamento: PLACA E PARAFUSO METALICO
Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO
Data da Alta: 14/02/2019

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

PACIENTE EVOLUI COM DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO AO DEAMBULAR, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO, CREPITAÇÃO EM JOELHO AOS MOVIMENTOS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO.

- 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:

LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO COM DOR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO AO DEAMBULAR, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO GRAU 2, CREPITAÇÃO EM JOELHO AOS MOVIMENTOS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO -LIMITADO EM 20 GRAUS.

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):

JOELHO - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio ☒ (X) 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


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

