



18/06/2020

Número: **0800419-03.2020.8.18.0036**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Altos**

Última distribuição : **26/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10329650	18/06/2020 12:18	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francisco Leodono da Silva Junior

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 519941

**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".





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



## BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 16/08/2019 15:16:51

### DADOS DO PACIENTE:

(User: LAO TSE)

(Estação: GES002)

<b>Nome:</b> FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	<b>Prontuário:</b> 519941
<b>Mãe:</b> MARIA SOCORRO OLIVEIRA	<b>Pai:</b> FRANCISCO LIODORO DA SILVA
<b>End.Resid.:</b> EM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990	
<b>Nascimento:</b> 03/07/1983	<b>Idade:</b> 36a1m13d
<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b> 86-99527-4504
<b>Responsável:</b> FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	<b>CNS:</b> 898001261555122
<b>Profissão:</b> MECANICO	<b>CPF:</b> * RG: 417852496 - SSP-PI
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Completo	<b>E.Civil:</b> Casado(a)
<b>End.Local.:</b> - - -	

### DADOS DO ATENDIMENTO:

<b>Código:</b> 736421	<b>Data:</b> 16/08/2019 15:04:34	<b>Condução:</b> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
<b>Motivo da Procura:</b> DOR MEMBROS SUPERIORES		<b>Convênio:</b> S U S
<b>Acid.Trab.:</b> Não	<b>Trajetos?:</b> Não	<b>Típico:</b> Não
<b>CID Secundário:</b>		

### DADOS CLÍNICOS:

TORÇÃO EM MÃO (D)  
cr Rx  
dor + edema mto (D) / Pergunto OK

PA: ☒ mmHg Pulso: ☐ FC: ☐ bpm Temp.: ☐

Diagnóstico Inicial: **Fratura 1º Metacarpo mão (D)** CID:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

cd = Tala fechada  
Inter. usap p/ cirurgia

<b>ALTA:</b> <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:
<b>DESTINO:</b> <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs		<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.
<b>ÓBITO:</b>		<b>CID Compatível:</b>
		<b>DATA SAÍDA:</b> / / <b>HORA:</b> : :
		<b>Proced. Solicitado:</b>
		<b>Prof. Solicitante Internação:</b>

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura - Profissional - BE





Prefeitura Municipal de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 724521968	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 87040	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-73		
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
<b>LEITO:</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
<b>PACIENTE:</b> FRANCISCO LIDORÔ DA SILVA JUNIOR		
<b>NASCIMENTO:</b> 03/07/1983		

### HISTÓRIA CLÍNICA:

16/08/2019 13:17:34 PACIENTE COM FERIMENTO NA MÃO RELATA AÇÃO CONTUNDENTE HÁ 1 DIA. APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM 1º QUIRODACTILO D.RX EVIDENCIANDO FRATURA EM 1º METATARSO DIREITO.

### DADOS CLÍNICOS

### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

### E MES SOLICITADOS:

R. \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

### COMORBIDADE:

**PRESSÃO ARTERIAL:** 130x80(mmHg)

**FREQ. CARDÍACA:** 95bpm

**SATURAÇÃO:** 98%

**FREQ. RESPIRATÓRIA:** 18rpm

**GLICEMIA:**

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15

**USO DE O2:**

### USO DROGAS VASOATIVAS:

### USO ANTIBIÓTICOS:

### USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DIPRIRONA + VOLTAREN

**DATA:** 16/08/2019 13:20:22

Dr. Ryan Nogueira

Cirurgião Geral  
CRM: 6055-PI

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente		Francisco Lázaro da Silva	
Diagnóstico pré-operatório		Furto de polgar	
Operação - Tipo		Furto de polgar	
Cirurgião		1. Assistente	
2.º Assistente		3.º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			

Relatório Imediato do Patologista

### Acidente Durante a Operação

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

DECLARAÇÃO DA OPERAÇÃO  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

John Vitor Sperdun  
Group  
Group  
Kleber Augusto  
Dr. Fernando

CONFIRMAÇÃO DA RECEITA  
Município de São Paulo  
Cidade - SP  
CONFIRMAÇÃO COM O ORIGINAL  
CNPJ 12.345.678-90  
Emissão: 12/12/2023  
Assinatura: [Assinatura]

Mod. 76 HUT





# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIB)

233593

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

245297

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO LIDORO DA SILVA JUNIOR

6 - Prontuário: 519941

7-CNS: 698001261555122

8-Nascimento: 03/07/1983

9-Sexo: Masculino

RG: 417852496 - SSP-PI

10-Mãe: MARIA SOCORRO OLIVEIRA

12-Fone: 86-99527-4504

11-Resp: FRANCISCO LIDORO DA SILVA JUNIOR

14-Cor: Parda

13-End: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - CEP: 64069-990

Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64069-990

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

TRAUMA EM MÃO D A 01 DIA COM DOR E EDEMA  
PERFUSÃO OK  
FRATURA DE 1º MTC DE MÃO D

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

23-Diagnóstico Inicial:

Fraturas múltiplas de ossos metacarpianos

24-CID 99 Int:

S624

25-CID 99 Sec:

26-CID 99 Ter:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod. Proced.: 0408020377

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPANOS

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 02

01

CPF

819.404.243-72

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS

16/08/2019

35-Ass. Carimbo Med. Sol. CRM:

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito

39-CNPV Seguradora:

40-Mo. Bônus:

41-Seguro:

37-( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPV Empresa:

43-CAEE Empresa:

44-CORR:

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-Diagnóstico:

49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass. Carimbo Conselho:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Ass. de Ribamar Santos Filho  
Ass. de Auditoria - OCAV/PAE  
CRM-PI 188.08-37.206.453.0  
CNS 170615-322-0002  
Ass. de Agnelo Medeiros  
CRM-PI 138421  
CNS 170615-322-0002  
Impressão: 16/08/2019 16:43:45





<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR</b>	Nº LAUDO: 233593
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	AIH: 2219101824270

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR	CNES 2679663
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

<b>CARTÃO SUS</b> 898001261555122	<b>NOME DO PACIENTE</b> FRANCISCO LIDORO DA SILVA JUNIOR	<b>NASCIMENTO</b> 03/07/1983	<b>SEXO</b> M	<b>PRONTUÁRIO</b> 519941
<b>DOCUMENTO CPF</b> 34275451805	<b>TELEFONE</b> 8695274504	<b>NOME DA MÃE</b> MARIA SOCORRO OLIVEIRA	<b>RESPONSÁVEL</b> FRANCISCO LIDORO DA SILVA JUNIOR	
<b>CEP</b> KM7	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b>		<b>NUMERO / LOTE</b> 3285	
<b>BAIRRO</b> SANTO ANTONIO	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>MUNICÍPIO</b> TERESINA	<b>UF</b> PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

16/08/2019 13:17:34 PACIENTE COM FERIMENTO NA MÃO RELATA AÇÃO CONTUNDENTE HÁ 1 DIA. APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM 1º DÍGITO D.RX EVIDENCIANDO FRATURA EM 1º METATARSO DIREITO.

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO, RAO X

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S624 - FRATURAS MÚLTIPAS DE OSSOS METACARPIANOS	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
--	--------------------------	---------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS

#### LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

#### CARÁTER

URGÊNCIA

#### DATA SOLICITAÇÃO

16/08/2019

LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

CPF: 74663593372

CRM:

#### DATA ADMISSÃO

16/08/2019 15:04

#### DATA ALTA

18/08/2019 09:00

#### MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

### 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

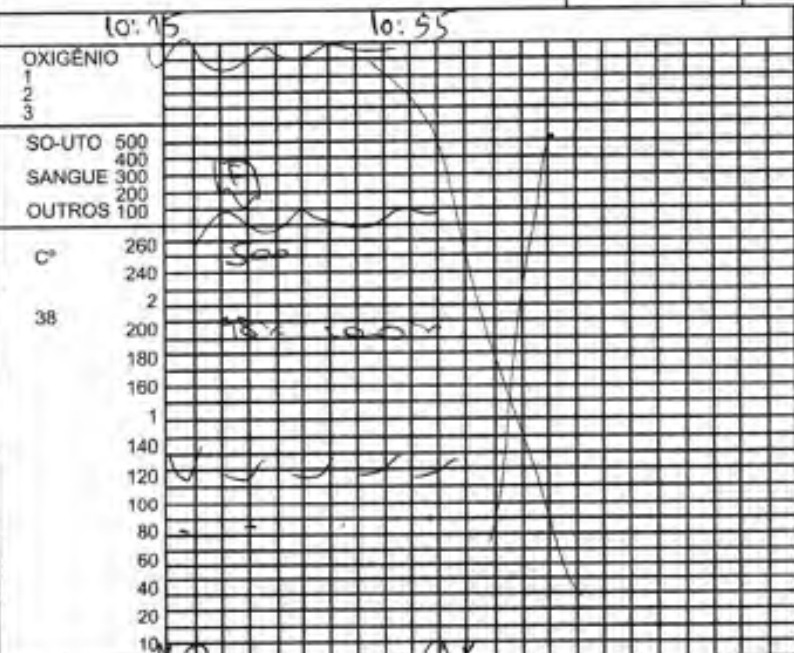
<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/Nº DO CONSELHO)</b>  TANIA MOREIRA AREA LEAO CPF: 47861359315 CRM:	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b>  CPF: DATA ANALISE: 16/08/2019 17:25:09
---	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO		
DATA: 12/08/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>10:15</span> <span>10:55</span> </div> 				TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS						1. FNT 100mg	
TEMPERATURA T						2. MDZ 3mg	
P. ARTERIAL V O PULSO						3. Propofol 30mg	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						4. Espazolam 2mg	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						5. Diprivan 2mg	
RESPIRAÇÃO O						6. Bextra 40mg	
SÍMBOLOS						SEQUÊNCIA	
DURAÇÃO							
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES					?		
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARITICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		

MOD 76 - HUT







# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17/08/19

NOME DO PACIENTE:	Francisco Luciano da Silva	PROFISSIONÁRIO Nº:	519941
DIAGNÓSTICO:	Frnt. Fissura Mitocárdica	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Méline	Nº DA SALA:	02
CIRURGIÃO:	Chagas	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Rafael Local + Sedação	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Viana	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	—	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7,5 x 8,0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	PAR	—	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	03		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	10		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	01	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—		Crepim		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	/			Enxoval 02			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG	/						
CAT. GUT. CROMADO C/AG	/						
CAT. GUT. CROMADO S/AG	/						
ALCOFIL	/						
MONONYLON	/						
FITA UMBILICAL	/			ENFERMARIA:			
VICRYL	/			CIRCULANTE:	Vandilson		
PROLENE	/						



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190647216 **Cidade:** Beneditinos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO LIODORO DA SILVA **Data do acidente:** 15/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
JUNIOR

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

**Data da análise:** 26/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 1º METACARPO DA MÃO DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 4,14)E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA

**Documentos  
complementares:**

**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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00





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



## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

	Mudança de Procedimento		Órtese e prótese - OPME
	Diária de UTI		Fatores de Coagulação
	Diárias de Acompanhante		Gasoterapia
	Hemoderivados		Nutrição Parenteral / Enteral
	Diálise / Hemodiálise		Procedimento fora da faixa etária
	Albumina Humana 20%	*	Fio K

HOSPITAL: MUT CNPJ: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: Francisco Loderio da Silva Nº AIH: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

*Ofício de*

DATA: 27/08/19

*Assinatura do Médico Solicitante*

### AUDITOR



*Assinatura do Médico Solicitante*  
José de Ribamar Santos Filho  
Assessor de Auditoria - DRECA/FMS  
CRM - PI: 1808 - CPF: 373.206.453-00  
CPF: 170600533260002

DATA: 12/09/19

*Assinatura do Médico Solicitante*

1 - HUT



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

[illegible]

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA**

UR1

NOME Fernando Trivedi da Silva Junior IDADE 36 anos DATA 17/08/2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 39 min TIPO DE ANESTESIA GERAL ☒ RAQUE ☒ BLOQUEIO ☒ PERIDURAL ☒ SEDACÃO

CIRURGIA REALIZADA Furo Quiróctero CIRURGIÃO Chagas

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>133 x 58 mmHg</u>	<u>138 x 54</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>61 bpm</u>	<u>60</u>
SATURACÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>98%</u>	<u>100</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA		

**ÍNDICE DE ALDRETT-KEOUK**

ATIVIDADE MUSCULAR			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suclimento de O <sub>2</sub>	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL			
ALA DE DOR ALTA			ASS.			

SONDA VESICAL		DRENO DE SUÇÃO		DRENO TORACICO		DVE		COLOSTOMIA		SONDA NASOGI	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:**

10:45h Admissão na RPA no 1º de prétese de clado mão (D) sob  
feito de local e redução. Corrente. Respirando espontaneamente. Bom estado  
geral. - Jéane Chagas 17/08/19



DATA 17 08 19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hemod. etan. / orofit. buprop. /  
aspirina / quiniac

ALTA SRPA

Assinatura do Anestesiologista  
Assinatura do Cirurgião

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

MENTO ( EXTERNO ) ( SAÍDA DE CESSA )





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
RUA DE. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 59524 - Em: (16/08/2019)

COPY RECORD

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dr. Masc.	Clinica:	Emergência:	Leito:	Médico Assistente:
245297	319941	FRANCISCO LODOCO DA SILVA JUNIOR	03/07/1983	PORTO 2	SUPLENTE	EXTRA 06	AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO
Evolução:		Data:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:	
HORA: 17h							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recom.:	Dil. Vol.:
Dietas	ORAL Tipo LIVRE,						
1	CLORATO DE SÓDIO 0,9% (BICO FISIOLÓGICO)	1,00	Frasco	EV	12/12h		
2	TERNOXIAM 20MG/ML, PO P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h		
3	DIFENHAMA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h		
4	DANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h		

Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS

EXAMES

cinza

Chaga avermelhada

14/08

Dr. Ednan Soares Coutinho  
CRM-PI 1107-11293

Dr. Agnello Sampaio Castelo Branco  
CRM-PI 1107-11293



EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM  
ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

NOME: Francisco Lindero da Silva Queiroz PRONTUÁRIO: 51994 IDADE: 36 ENFERMARIA/LEITO: 16

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: ( ) MÍNIMOS ( ) INTERMEDIÁRIOS ( ) SEMI-INTENSIVOS ( ) INTENSIVOS

DATA: 16/8/2019

HORA	T	P	R	PA	SAT. D	GLUC. CAP.	ENTRADAS			SAÍDAS	
							IV	HEMO	SONDA/ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18		65									
20		58									
24											
06		59									

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:		CONTROLE:		MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"	
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Ultrassom):		Tolerância 2-Matraz 3-Estímulo 4-Sensibilidade		ALTO RISCO			
UMIDADE (Ultrassom):		Correlacionado 2-Matraz 3-O-matraz 4-Sensibilidade		ALTO RISCO			
ATIVIDADE:		Assistência 2-Cadeira rodante 3-Andador 4-Mobilidade		ALTO RISCO			
MOBILIDADE (Ultrassom):		Tolerância 2-Matraz 3-Estímulo 4-Sensibilidade		ALTO RISCO			
NUTRIÇÃO:		Alimentação 2-Substituição 3-Adaptação 4-Estímulo		ALTO RISCO			
FACILIDADE E CUMPRIMENTO:		Problema 2-Problema 3-Nutrientes		ALTO RISCO			
TOTAL:							

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:		PONTOS:		CONTROLE:	
1. HISTÓRICO DE QUEDA: SIM - 20 / NÃO - 0					
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO SIM - 15 / NÃO - 0					
3. AUXÍLIO NA REALIZAÇÃO:					
4. TERAPIA FISIOTERAPÊUTICA: SIM - 20 / NÃO - 0					
5. MARCAÇÃO:					
6. ESTADO MENTAL:					
TOTAL:					

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Estado Mental: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Torporoso Glasgow:	
2. Locomoção: ( ) Deambula ( ) Acamado ( ) Restrito ao leito por orientação	
3. Respiração: ( ) Eupnéico ( ) Dispneico ( ) Taquipnéico ( ) TQT	
4. Sistema Cardiovascular: ( ) JBNR ( ) JBNF ( ) J2T ( ) Normocárdico	
5. Dieta: ( ) VO ( ) SNE/SNG ( ) SOE/SOG ( ) GTT ( ) NPT ( ) Dieta zero	
6. Abdômen: ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Flácido ( ) Rígido/Tenso	
7. Pele e mucosas: ( ) Normocrado ( ) Hipocrado ( ) Ictérico ( ) Integro	
8. Hidratação: ( ) JAVP ( ) JAVC ( ) JOutros:	
9. Drenos: ( ) Suctor ( ) Torácico ( ) JOVE ( ) JNier ( ) JOutros:	
10. Diurese: ( ) Espontânea ( ) Dispositivo Urinário ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Normal	
11. Evacuações: ( ) Presentes ( ) Constipado ( ) Diarreia	
12. Alergias: ( ) Não ( ) Sim-Quais:	



# 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

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR** (Prontuário: 519941)  
Endereço: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
Nascimento: 03/07/1983 Idade: 36a1m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 245297  
Requisição: 988858 Solicitação: 17/08/2019 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS  
Controle: 1285402 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 03

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 17/08/2019

## MAO DIREITA

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

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada com fixação metálica no 1º metacarpiano.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Imobilização gessada.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727  
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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR** (Prontuário: 519941)  
Endereço: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64069-990  
Nascimento: 03/07/1983 Idade: 36a1m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736421  
Requisição: 988529 Solicitação: 16/08/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA  
Controle: 1285717 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 16/08/2019

### MAO DIREITA

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

- Fratura completa no 1º metacarpiano.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 22/08/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190647216

Vítima: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 15/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

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

Carta nº 15134825





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190647216**

**Vítima: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 15/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

**Recebedor: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR**

**Valor: R\$ 945,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000001989**

**Conta: 0000083622-5**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

34275451805 Francisco Lindoro da Silva Junior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2012

5 - (Nome completo):

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as opções abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1989

CONTA:

83622

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

22 - 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 requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 30 (trinta) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, 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 e quantificação das 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (a) (s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, sem dúvida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jorocaia 19/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019









GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
DELEGACIA DE BENEDITINOS-PI



## CERTIDÃO

### DADOS DO REGISTRO

Responsável pelo Registro: <b>Alexsandro Bezerra dos Santos (Agente de Polícia)</b>	<b>Delegacia de Beneditinos</b>
Ocorrência nº 137/2019	Data do Registro: 10/10/2019
Natureza: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	Hora do Registro: 10:00hs

### NOTICIANTE

Nome: <b>FRANCISCO LIODORO DA SILVA JÚNIOR</b>	
Nacionalidade: <b>Brasileiro</b>	- Natural: <b>Miraselva/Pr</b>
Estado Civil: <b>Casado</b>	- CPF nº <b>342.754.518-05</b>
Profissão: <b>Mecânico</b>	- Doc. Ident. nº <b>41.785.249-6 spp/sp</b>
Nascido: <b>03.07.1983</b>	- Tel: <b>(86) 99527-4504</b>
Filiação: <b>Francisco Liodoro da Silva e Maria Socorro Oliveira</b>	
End: <b>Localidade Retiro, zona rural de Beneditinos-Pi.</b>	

### HISTORICO

O NOTICIANTE (acima qualificado) Comunicou Que: sofreu um acidente automobilístico no dia 15.08.2019 por volta das 19:30 horas quando pilotava a motocicleta Honda/CG 160 FAN ESDI, placa PIR-9458, cor vermelha, ano/mod. 2016/2016, chassi nº 9C2KC2200GR510039, RENAVAM 1101854321, licenciada em nome de Antônio Marcos de Abreu Sousa; Que trafegava no veículo supra citado pela estrada vicinal que dá acesso a Localidade Retiro, que retornava para sua residência e nas proximidades da Localidade Canto Escuro um animal (porco) aravessou a estrada repentinamente, impossibilitando que o noticiante desviasse do mesmo, o que acabou colidindo com o animal, sendo que, após bater no porco perdeu o controle da moto e acabou caindo, ocasionando a quebra do dedo polegar da mão direita e algumas escoriações no ombro e nos joelhos. Que foi socorrido pelo nacional Ernande Francisco de Sousa que o levou para a cidade de Demerval Lobão-Pi e de lá o noticiante foi para o Hospital do Promorar na cidade de Teresina-Pi. Que deu entrada no dia seguinte (16.08.19) no H.U.T. na cidade de Teresina-Pi onde passou por uma cirurgia no dedo polegar. Dada e passada na cidade de Beneditinos, Estado do Piauí, na Delegacia de Polícia, (10/10/2019). Eu,.....Agente de Polícia que registrei e digitei.

Noticiante/Vítima: Francisco Liodoro da Silva Júnior

Alexsandro Bezerra dos Santos  
Matricula 130150-X





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

34275451805 Francisco Lidoro da Silva Junior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPSEF Nº 463/2012

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$ 1,00 A R\$ 1.000,00

☐ R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00

☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1989

CONTA:

83628

5

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

22 - 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 as fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 30 (trinta) 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 e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, 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 de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vítima: (se o caso):

30 - Vítima deixou herdeiros (ou sucessores)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vítima: (se o caso):

33 - Vítima deixou parentes vivos?

☐ 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jorocoma 19/11/2019

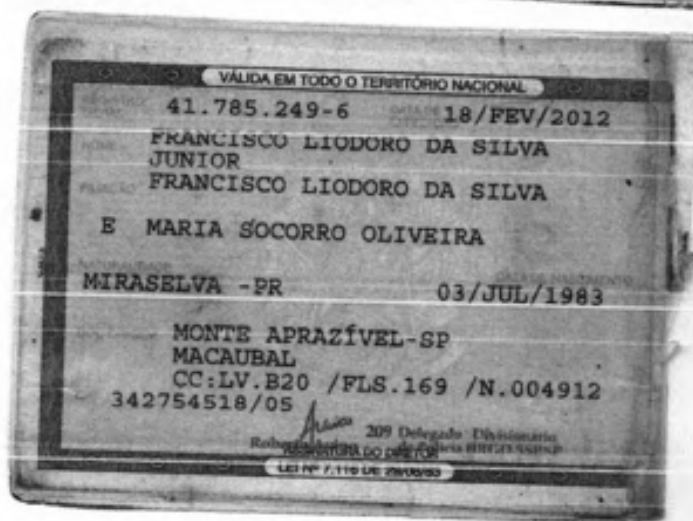
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190647216 **Cidade:** Beneditinos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO LIODORO DA SILVA **Data do acidente:** 15/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
JUNIOR

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

**Data da análise:** 26/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 1º METACARPO DA MÃO DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 4,14)E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA

**Documentos  
complementares:**

**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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0407147/19

**Vítima:** FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

**CPF:** 342.754.518-05

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 15/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR : 342.754.518-05**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/11/2019  
Nome: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR  
CPF: 342.754.518-05

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



# 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: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

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

CLIENTE: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000083622-5

---

---

Nr. da Autenticação F9EAB8A367C561F4

