

Screenshot of a computer desktop showing multiple browser tabs and a file viewer window.

The browser tabs include:

- Controle de documentos
- Consulta processos - Pro...
- 0804309-60.2019.8.18.0...
- 0803426-16.2019.8.18.0...
- Portal do Advogado
- Baixar o arquivo | iLove...

The file viewer window shows a list of documents under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" and a preview of a document titled "downloadBinario.seam".

File list (left side of the viewer):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 10628845 - CONTESTAÇÃO (2732416 CONTESTACAO 01)
 - 10628852 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10628858 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10628860 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10628861 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Document preview (right side of the viewer):

downloadBinario.seam
1 / 11
2732416-C3/2020-02489/INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
—ADVOGADOS ASSOCIADOS—
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI
PROCESSO: 08043096020198180140

System tray icons (bottom left):

- Windows Start
- Network
- Search
- Word
- Excel
- Google Chrome
- Firefox

System status bar (bottom right):

- PT
- 10:42
- 06/07/2020



06/07/2020

Número: **0804309-60.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **01/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARCELO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)	FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10628 852	06/07/2020 10:42	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003466/2018-62

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Pelo Registro: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 01/10/2018 - 17:11

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL, Nº:

Complemento

Data/Hora

02/07/2018 - 11:45

Bairro

PARQUE PIAUÍ

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2463911

Mãe: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA CARDIAL, Nº 1235

Bairro: PARQUE AFONSO GIL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9583-0143

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA/FACTOR 150, ANO 2018, PLACA OEG-5541, PROPRIETÁRIO /TESTEMUNHO DO FATO FERNANDO CORREIA DE SOUSA, CPF 04359451300, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 481086, DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA POLICIA MILITAR, PRONTUÁRIO 384338. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA
Almiralice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

MARCELO PEREIRA DA SILVA - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 10/10/2018





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Marcelo Peninha da Silveira

CPF da Vítima

050.475.303-70

Data do Acidente

02/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 9 8821-4516

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Brumado, 04 de outubro de 2018
Local e Data

Marcelo Peninha da Silveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

"DOCUMENTO ORIGINAIS"
"MEDIDA CORRETORA DE SEGURO"
"recebido em: 10/10/18"



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

050.475.303-70

Nome completo da vítima

Marcelo Ferreira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Marcelo Ferreira da Silva	050.475.303-70	Velvosa
Endereço	Número	Complemento
R. Linha	1140	Casa
Bairro	Estado	CEP
Anáias	Pi	64027-658
Email	Telefone (DDD)	
	(81) 99829-5708	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 0728

D/V

CONTA

NRO. 127990

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO. _____

AGÊNCIA

NRO. _____

D/V

CONTA

NRO. _____

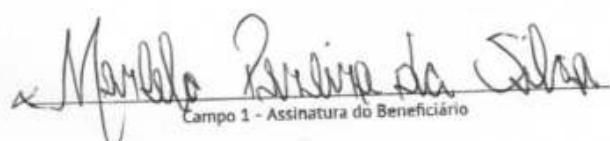
D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Teresina, 04 de outubro de 2018
Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL
Campo 3 - Assinatura do Representante Legal
MEDEDA CORRETORA DE SEGUROS
Received em: 20/10/2018





Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MARCELO PEREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180477987
Vitima: MARCELO PEREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 02/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180477987**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13488690

Pag. 00945/00946 - carta_01 - INVALIDEZ



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00728

CONTA: 000000127990-4

Nr. da Autenticação OCC311873DA394A9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:42:34
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061042346010000010084820>
Número do documento: 2007061042346010000010084820

Num. 10628852 - Pág. 5

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372237/18

Vítima: MARCELO PEREIRA DA SILVA

CPF: 050.475.303-70

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 02/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCELO PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARCELO PEREIRA DA SILVA : 050.475.303-70

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: 10/10/2018
Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA
CPF: 050.475.303-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2018
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

MARCELO PEREIRA DA SILVA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 107701 AIH: 2218100394191
--	--

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
707002851516738	MARCELO PEREIRA DA SILVA		18/08/1989	481086	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
		MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA	MARIA RITA		
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)		NUMERO / LOTE		
	RUA 05 LOTEAMENTO JOAO PEREIRA 1140				
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
AREIAS			TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL 0308010019
--	---

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA	CÓDIGO 0408010150
DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	CÓDIGO 0308010019
DIAGNÓSTICO INICIAL FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, NIVEL NAO ESPECIFICADO T111	CID 10 PRINCIPAL CID 10 SECUNDARIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE ENCAMINHADO COM RELATOS DE TRAUMA POR QUEDA DE MOTOCICLETA, APRESENTANDO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO.
AVALIADO PELO ORTOPEDISTA, DETECTADO NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. FOI TRANSFERIDO PARA REALIZAR CIRURGIA EM OUTRO SERVICO.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE FABIO MARCOS DE SOUSA	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
CNS SOLICITANTE 980016278328963	DATA SOLICITAÇÃO 06/07/2018

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
CNS AUTORIZADOR 980016000055043	ORGÃO EMISSOR 06/07/2018 09:33:06



FMS
Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO



NOME DO PACIENTE		Maurilio P. do Nascimento		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE. ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		# Maurilio E		ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE Corredor		
PREScriÇÃO MÉDICA	HORA:			HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
DATA: 06/07/11				X				
1 DIETA LIVRE		Vitro Nutrição Automa Bernardo Cunha / 9000						
2 SG5% 500ML + SFO,9% 500ML EV EV 12h								
3 DIPITRONA 2ML+AD EV 6/6H								
4 TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H								
5 TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS								
6 CCGG								
Dr. Celio Vaz de Oliveira Neto Médico Progredista CRM-SP 3064 Grau II								
C								
C								

NOME: Marcos Romano da Silva

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

ADE: —

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

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

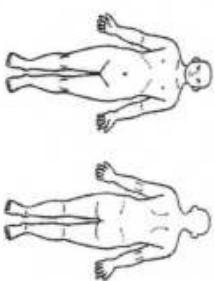
- 1. Estado Mental:** ()Consciente ()Orientado ()Torporoso
 ()Sonolento Glasgow: AO / RV / RM

2. Locomoção: ()Desambula ()Acamado ()Agitado ()Parestesia
 ()Déficit Motor ()Plegia ()Hemiparesia

3. Respiração: ()Eupnéxico ()Dispnéxico ()Taquipnéxico ()TQT
 ()Sem O₂ ()Com O₂

4. Sistema Circulatorio: ()Normocárdico ()Taquicárdico
 ()Bradicárdico

5. Dieta: ()VO ()SNE/SNG ()SOEISOG ()GTT ()Boa aceitação
 ()Aceita Parcialmente ()Não aceita ()Dieta zero ()NPT



EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

- 1. Estado Mental:** ()Consciente ()Orientado ()Torporoso
()Sonolento **Glasgow:** AO _____ / RV _____ / RM _____
- 2. Locomoção:** ()Deambula ()Acamado ()Agitado ()Parestesia
()Déficit Motor ()Plegia ()Hemiparesia
- 3. Respiração:** ()Eupnéxico ()Dispnéxico ()Taquipnéxico ()TQT
()Sem O₂ ()Com O₂: _____
- 4. Sistema Cardiovascular:** ()Normocárdico ()Taquicárdico
()Bradicárdico
- 5. Dieta:** ()VO ()SNE/SNG ()SOE/SOG ()GTT ()Boa aceitação
()Aceita Parcialmente ()Não aceita ()Dieta zero ()NPT
- 6. Abdomen:** ()Plano ()Globoso ()Distendido ()Flácidio
()Rígido/Tenso ()Timpânico ()Doloroso ()Indolor
- 7. Pele e mucosas:** ()Normocororado ()Hipocororado ()Ictérico
()Edema/Anasarca ()Hidratado ()Lesões Bolhosas _____
()Escoriações ()LPSS _____
- 8. Hidratação:** ()AVP _____ ()AVC _____ ()Outros: _____
- 9. Drenos:** ()Suctor _____ ()Torácico _____ ()DVE ()Kher
()Penrose ()Outros: _____
- 10. Diurese:** ()Espontânea ()Dispositivo Urinário ()SVD
()Anúria ()Reducida ()Hematuria ()Normal ()Outros: _____
- 11. Evacuações:** ()Presentes ()Constipado _____ dias
()Diarréia _____ dias ()Melena ()Colostomia ()Ileostomia

1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NAC

3. AUXILIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilário / Parede - 30 / Meia-lata / Bangala / Andador - 15 / Herthum /
Aprendendo Auxílio por Profissional de Saúde - 0

6 - ESTADO MENTAL: Superestima capacidade / Esquece limitação - 15 / Orientado / Cígues quando se fuma



**LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:
REGISTRO DE ALTA**

HOSPITAL HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: Marcelo Pereira da Silva N° PRONT. 481086 N° LAUDO 2176

- () ALTA HOSPITALAR
() PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
() PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
() PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
() PERMANÊNCIA POR PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS-DOADOR MORTO
 TRANSFERÊNCIA
() EVASÃO
() ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATUM 03.03.18

ASSINATURA DO MÉDICO

DO MEDICO
Dr. C. Gómez A. E.
Director General do H.
Dr. Zenon RO

AUDITÓR



DATA-

ASSINATURA DO AUDITOR



70482-01 P-101-22017-715



36 3218.5190



2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:42:34
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061042346010000010084820>
Número do documento: 2007061042346010000010084820

Núm. 10628852 - Pág. 11

ID: 109600
Paciente: MARCELO PEREIRA DA SILVA
Idade: 020Y
Sexo: M



Assinado digitalmente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:42:34
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610423460100000010084820>
Número do documento: 20070610423460100000010084820

HPM





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 108629

PACIENTE: MARCELO PEREIRA DA SILVA
NOME DA MÃE: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA
DATA DO NASCIMENTO: 18/08/1989
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 03/07/2018
DATA DO LAUDO: 18/07/2018
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVICULA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura cominuitiva, localizada na diáfise média da clavícula, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura cominuitiva, localizada na diáfise média da clavícula, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

H. Henrique Soares de Sampaio
CRM 10538193-2 / Mat. 14455-9
Setor do Ambulatório Clínico

Dra. Ilmê de Sampaio
CRM-PI 14455-9

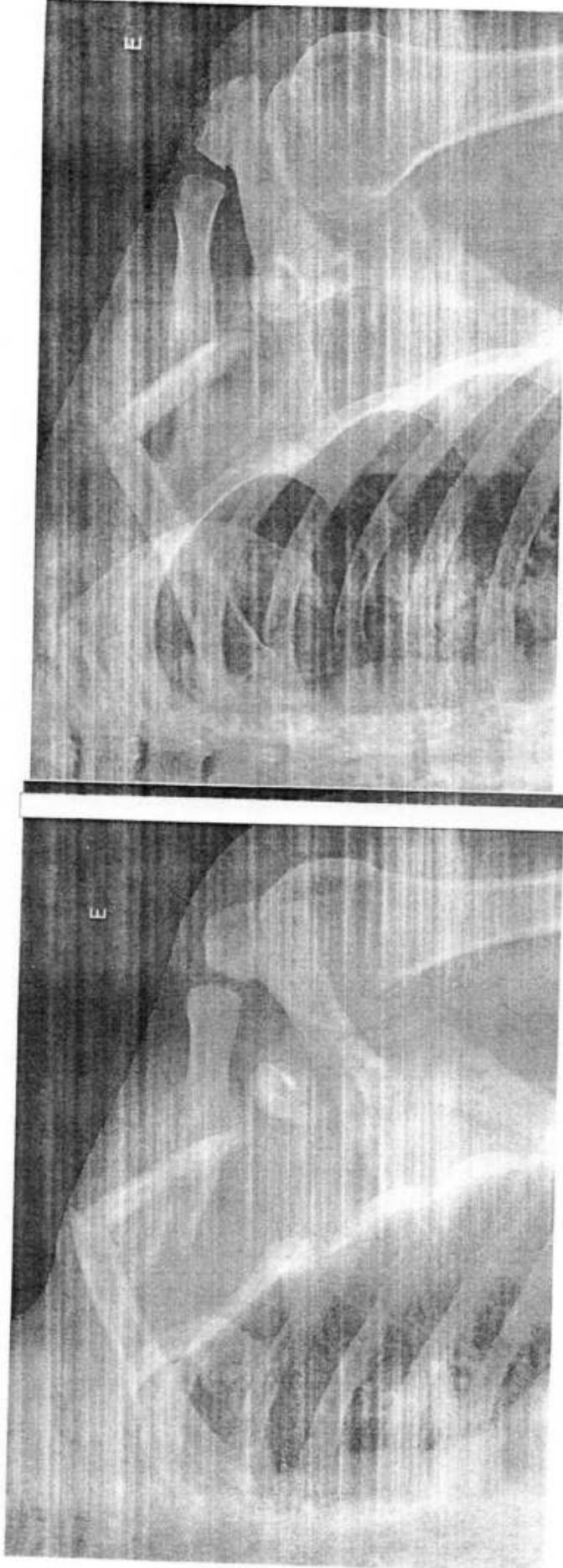
LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

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

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

D: 108329
Paciente: MARCELO PEREIRA DA SILVA
idade: 028Y
Sexo: O

100



João Henrique dos Conceitos Ribeiro - 22 FEN
RGPM 105.38193-7 / Mat. 14455-9
Arquivo da Setor do Arquivo Técnico

Examen 04/07/2018 Horas: 16:00



24/07/2018

Comprovante da alta

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE**

Número do Laudo: **114395**

M221100001

Orgão Emissor:

Paciente: MARCELO PEREIRA DA SILVA

Nascimento: 18/08/1989

Procedimento:

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

CID:

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

Data da Solicitação: 03/07/2018

Data da

Autorização: 23/07/2018 14:50:28

AIH.: 2218100445561

Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR
DIRCEU ARCOVERDE - HPM

Autorizador

Operador:

Atendimento (Data, Hora): 24/07/2018 16:03:18

*Telis Henrique Vaz de Melo e Ribeiro - 201801100
RGPM 105198193-2 / Mat. 14405-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico*



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 114395
		AIIH: 2218100445561

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRIGIU ARCOVERDE - HPM	CNES 2323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRIGIU ARCOVERDE - HPM	CNES 2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
707002851316738	MARCILIO PEREIRA DA SILVA	18/08/1989	M	384338
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
CIP			MARIA DAS GRACIAS PEREIRA DA SILVA	MARIA RITA DI ABREU CARVALHO
BAIRRO	ENDERECO - LOGRADOURO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO	UF
ARITAS	ENDEREÇO - LOGRADOURO		TERESINA	PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE EVOLUCINDO COM FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S420 - FRATURA DA CLAVICULA		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))		
CARATER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 03/07/2018	LEANDRO PONCE LEAL CPC: 16778699841	 RGPM 05198193-7 / Mat. 14453-9 Chefe do Setor do Arquivo Técnico CRM:
DATA ADMISSAO 03/07/2018 12:31	DATA ALTA 11/07/2018 15:03	MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURODORA	Nº DO BILHETE SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR NATUREZA DA LESAO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE/ AVALIAÇÃO / AUDITORIA
AARAO CRUZ MENDES CPC: 1317854/304	DATA ANALISE: 23/07/2018 14:50:28
CRM:	CRM:
	DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

702411

Identificação do Paciente

5 - Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA

6 - Prontuário: 385338

7 - CNS: 707002851516738	8 - Nascimento: 18/08/1989	9 - Sexo: M	CPF:
11 - Mãe: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA		12 - Fone: 86-9.4515056	
13 - Resp: MARIA RITA DE ABREU CARVALHO		14 - Cor: sem ident	
15 - Ender.: RUA CARDIAL	1235	DISTRITO INDU 19 - CEP: 64027-567	
16 - Munic: TERESINA		17 - Cod. IBGE: 221100	18 - UF: PI RG: 24639-11

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente vítima de acidente com polimutismo.
Fratura de clavícula.

21 - Condições que justificam a Internação:

Ass. acima

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

Rx controle.

Leia Henrique Vaz de Melo Pires 10/07/2018
RGPM 10519623-2 / Mat. 14405-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S420 25 - Cid Sec.: _____ 26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA CLAVÍCULA

E¹⁴

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo:

2

29 - Clínica:

30 - Carater::

Ident.: 1

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

POSTO II

02

CPF

16778699841

33 - Nome Profissional / Assistente
LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

03/07/2018

Leandro Ponce Leal
Neurocirurgião / Ortopedista / Ass. Cirúrgico / Med. Solici
CRM-PI 2004

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N°. Bilhete.

41 - Serie

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

Leandro Ponce Leal
Dr. LEANDRO PONCE L
Diretor Técnico do HPI
CRM-PI 2004
50 - Ass. Cirúrgico (RG Consell

48 - Documento

49 - Num. Documento

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Maria Rita de Abreu Carvalho

Usuário: ANA.ARAUJO
Consulta Local:
Consulta SUS: 277061848
Impressão 12:51:59





POLICIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM NÃO

IDEML OUTROS HOSPITAIS

SIM NÃO

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO		03/07/2018
Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA		Pront.: 385338
Nasc.: 18/08/1989	Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO
Atendimento: 702411	Enfermaria: POSTO II	ENF 214 LEITO
Leito: 214		
Pai:		
Mãe: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA		
RG: 2463911		
Residência:		
RUA CARDIAL Nr.: 1235 Cep: 64027567	Bairro: DISTRITO INDUSTRIAL Cidade: TERESINA Telefone: 86 - 94515056	

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

Paciente vítima de acidente de fratura
clavicular

DIAGNÓSTICO

Provissório:	CID S420
Principal: Fratura da clavícula	CID

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Dor e impotência funcional

Causa Médica

Histo - Patológico:

Int. Interna / Internado Pós-Op. 2018
GPM 105191932 / Mat. 3405-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico	Medicament		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
03/07/2018 22:46:48

Data da Alta:
11/07/2018

Data da Hospitalização
/ /

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação
	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros	

THE / /

Assinatura:

*Dr. Higino Cunha
CRM-PI 2608*

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CNPJ: 64.014.090-0001-01 - Teresina - PI CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.377.R



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



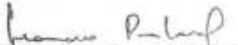
BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 10 / 03 / 78
Nº DO PRONTUÁRIO: 885338 SALA: 2
CÓD DA CIRURGIA: 0406010150

Descrição da Cirurgia:

Pedi o codino em ferro
para a artrose - operação
bem difícil de fazer
e pedi a adutora - ferro
bem difícil de fazer
é feito de plástico

José Henrique Velloz Melo Ribeiro
RGPM 105198193-2 / Mat. 14405-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico


Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2609

Cirurgia: Fratura de Clavícula D

Cirurgião: Dr. Leandro

1º Auxiliar: PCD: Terezinha

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Téc. de Enfermagem

Circulante: Técnico Marcia Rejane
Tec. em Enfermagem
COREN 850657-TE





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

BOLETIM DE ANESTESIA

NOME: Wenceslito da Silva Idade: 50 Sexo: M ASA: 3
 PROCEDIMENTO: Ressecção de hérnia inguinal direita Anticoag.: Lederle
 CIRURGICO: Dr. J. M. L. G. S. P. S. AUX: ANEST: Monomed ANESTESIA: Spinal
 INSTAL: 10:00 CIRC: 10:30 INICIO: 14:30 FIM: SALIR:
 PESO: 70 PESO: 70 Glucemia: Creatina: Respirar:

Violence Against Women

Bleeker

CÁRABO/CORCOVADO	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Oximetro	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> Coagulase	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>
Observações:			
Geofobia: 2 - 3			
M.R.: 1 - 4			

— 1 —

Medicamentos Utilizados							
Antibiótico	Amp	Doseação	Amp	Midaçolam	Fr	Propofol	ml
Águas dest. 5ml	Amp	Droparia 1ml	Amp	Metomidatol	Fr	Sandoglobina	Amp
Atropina	Amp	Eferit 1	Amp	Nicocaina Pct 0,5%	Amp	Quinidina	Amp
Baclofena	Amp	Efradex	Amp	Nurcan	Amp	Quintonine	ml
Benzocaprolato	Amp	Endoven	ml	Novocaina 0,5%	Fr	Acetaminofen	Fr
Cefazolina 1g	Fr	Fentanil	ml	Nubem	Amp	Engas-gantolo	Fr
Cefotamina	Fr	Fentanyl (B/C)	Amp	Neocaina	% V	S. Flavolax 3,0%	ml Fr
Ciprofloxacina	Fr	Holotana	ml	Neocaina 0,5% isolada	Amp	S. Clorocaïna 2%	ml Fr
Cloendola	Amp	Hidrocortisona	ml	Neostigmina	Amp	Sedap n°	Und
Colestol	Fr	Isoflurano	ml	Omeprazol	Fr	Tremor	Amp
Domperidona	Amp	Jeles n°	Und	Ondasetafrena	Amp	Tilapia	Fr
Doximetezima	Amp	Lidocaina	% V	Poltzo Caf	Fr	Tropicatol	Fr
Diazepam	Amp	Metoclopramida	Amp	Pancuronio	Amp		
Diazof	Amp	Mannitol	Fr	Profenid	Fr		
Dipirona	Amp						

Hercílio Gomes Oliveira Neto
Anestesiologista-CRM
CRM: 581
México Anestesiologista
CPF: 066.011.893-91





P-1
FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

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

65-107-701

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Marcelo Peres da Silva
IDADE: 31 ESTADO CIVIL: Solteiro
ENDERECO: Parque das Flores 678 - TE/PR
RESPONSÁVEL: _____

II - TRANFERÊNCIA

CLÍNICO () CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

"Acidente de moto,
tive um soco e
fui atendido".

EXAMES REALIZADOS:

M + sobre B - futuramente
abdominal com dor viscosa

DIAGNÓSTICO:

Sit - clavicular (F) / SUD. O
Circos/015

TRATAMENTO REALIZADO:

Imobilizado

Luis Henrique Vazco Lemos Ribeiro - 2º Técnico
RGPM 105138193-2 / Mat. 14405-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Hospital de ferrovia (HP)

03/07/2015

J. J.

Ass. e carimbo do médico

MOD. 004 - HUT





FMS

Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



HUT

HOSPITAL
DE UTIGEM
DE TEFENHA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENFERM. APT.	LEITO
EDNA SOARES COUTINHO	111056	18.08.1985			
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
EDNA SOARES COUTINHO					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA:	HORA:	HORÁRIO			
06/07/2020	10:42:34				
OBSERVAÇÕES					
① Dolor - glottis ② Dolor - glottis ③ Dolor - glottis ④ Dolor - glottis ⑤ Dolor - glottis					

MÉDICO/CRM:

RGPM 10518193-2 / MED 14459
 Leite do seio da mama direita
 02/07/2020

Mod: 007



20/07/2018

laudo.digitalrad.com.br/fmlaudoprime.asp?yopcao=L&yla_cdla=10763000126&ypa_cdpac=35794&yla_sqla=48886&yfil_situ



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 10763000126

NOME.....: MARCELO PEREIRA DA SILVA

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO...: 18/07/2018

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 10/07/2018

IDADE: 28 anos

CRM: -PI

CÓDIGO: 35794

RX OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo realizado nas incidências em AP demonstra:

- Fratura no terço médio da clavícula fixada com placa e parafusos metálicos.
- Articulações acrômio-clavicular e gleno-umeral preservadas.
- Espaço subacromial conservado.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

CONTROLE ORTOPÉDICO.

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
Radiologia-1341-PI

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


Edson Henrique Soares Coutinho RG: 27.164-1
RGPM 105738193-2 / Mat. 1465-9
Chefe do Setor de Anatomia Tópica

Telefone: (86) 3227-5269
Fax: (86) 3216-1520

http://laudo.digitalrad.com.br/fmlaudoprime.asp?yopcao=L&yla_cdla=10763000126&ypa_cdpac=35794&yla_sqla=48886&yfil_situ=TODO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:42:34
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061042346010000010084820>
Número do documento: 2007061042346010000010084820

Num. 10628852 - Pág. 23

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180477987 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total		6,25 %	R\$ 843,75	

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



DOCUMENTO ORIGINAL

“...abido em:

MEDEIKA CORREDORA DE SEGURO





DOCUMENTO ORIGINAL
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Received em: 10/10/18



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:42:34
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061042346010000010084820>
Número do documento: 2007061042346010000010084820

Num. 10628852 - Pág. 26



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

SUS SUS

Imp: 02/07/2018 12:31:37

(User: CAMILA NORBERTA)
(Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA		Prontuário: 481086
Mãe: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA	Pai: VALMIR PEREIRA DA SILVA	
End. Resid.: RUA CARDIAL 1235 - PARQUE AFONSO GIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 18/08/1989	Idade: 28a10m15d	Sexo: Masculino Fone: 86-99451-5056
Responsável: O MESMO		CNS: 707002851516738
Profissão: CONFERENTE		CPF: 050.475.303-70 * RG: -
Inscrição: Mídia Completo MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS		E.Civil: Solteiro(a)
Local.: - - -	Received on: 10/10/18	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 672496	Data: 02/07/2018 12:29:32	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS
cid.Trab.: Sim	Trajeto?: Sim	Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

- vítima de acidente motociclista há 1 hora, com impacto na cintura escapular (L). Usava capacete.
 - apresenta dor e deformidade na clavícula (L).
 - EF: suprimento, sem edema calvíce; Glasgow 15, estabil; alterações indolor; pulso estável; desambulando normalmente;
- # Clavícula (L) com instalação de espessamento

PA: mmHg | P脉: | FC: bpm | Term: °C

Diagnóstico Inicial:

Fratura de clavícula

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Transtadol 100mg + 100ml SF-EU
- Dipirona + Tampon EU
- Solicito radiografias

RAIO-X REALIZADO
DATA: 02/07/2018

Técnico:

RESPOSTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origen:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> DATA SAÍDA: / / : HORA: :
	<input type="checkbox"/> A Pedido		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
DESTINO:		Proced. Solicitado:	
		0408010150	
		CID Compatível:	
		Prof. Solicitante	
		Internação:	

Dr. Caio Batista de Oliveira Neto
Médico Ortopedista
CRMPI: 3054

X Maria Rita de Abreu Corvalho

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE





Código de Cliente
1 504 454 971

Página: 1
Lançamentos referente ao período
03/08 a 02/09/18



CTCE FORTALEZA CE PL7
FABIANA BORGES MAIA DA SILVA
R CINCO 1140
AREIAS
64027-658 TERESINA - PI



7214028638 02010 00000025901 30 220618

Esta fatura foi fechada em

20 AGO 2018

Valor total

R\$ 130,41

Vencimento

03 SET 18

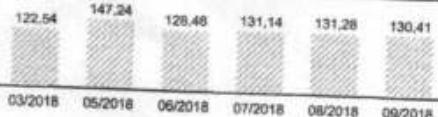
Clique aqui para pagar até o dia do vencimento

RESUMO

R\$

Saldo da fatura anterior	0,00
Lançamentos Variáveis	2,78
Banda Larga	127,63
Total	130,41

Histórico de faturas



Para mais detalhes, consulte o verso deste demonstrativo.

A falta de pagamentos de fatura implicará no corte do sinal após 18 dias, além de juros de 1% ao mês e multa de 2% sobre o valor.

[Signature]
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 10/10/18

SKY
É MAIS FÁCIL DEIR

Consulte sua
fatura e gire
o código de
barra pelo app



Consulte a sua fatura online.
É simples e rápido!



Baixe o app Minha Sky no
Google Play ou App Store

Acesse:
sky.com.br/minhasky

Fatura nº
400487377473



Saldo total para pagamento. Sua fatura SKY ainda não está cadastrada como débito automático, para alteração contate os canais de atendimento
SKY em WWW.SKY.COM.BR



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fernando Correia de Sousa,
RG nº 2721900, data de expedição / /,
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 043-394-513-00, com
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Cima, 1140, Arías, cep 64027-658, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Marcelo Pereira da Silva, cujo o condutor era
Marcelo Pereira da Silva.

Veículo: me fo.

Modelo: yamaha / YBR150 Factor e;

Ano: 2018 - 2015.

Placa: OEG-5541-PJ,

Chassi: 9LGAG3110Z0020771,

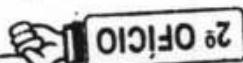
Data do Acidente: 02.07.2018,

Local e Data:

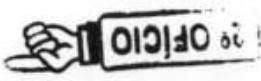
Teresina, 2/10/2018

Fernando Correia de Sousa

Assinatura do Declarante



Marcelo Pereira da Silva



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Received em: 10/10/18

