

Controle de documentos x PJ Consultas processos - Pro... x 0804309-60.2019.8.18.01 x 0803426-16.2019.8.18.01 x Portal do Advogado x Baixar o arquivo | iLoveP... x

Não seguro | tjpj.pje.jus.br/lg/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=187465&ca=59bc3f94bf21f02a3c2d021...

Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

**PJE** ProceComCiv 0804309-60.2019.8.18.0140  
MARCELO PEREIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

10628849 - CONTESTAÇÃO (2732416 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/07/2020 10:42:36

06 Jul 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 10628845 - CONTESTAÇÃO
    - 10628849 - CONTESTAÇÃO (2732416 CONTESTACAO 01)
    - 10628852 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 10628858 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 10628860 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 10628861 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELAÇÕES (SUBTABELAÇÃO)

10:42

downloadBinario.seam 1 / 11

2732416- CS/ 2020-02489/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROCESSO: 08043096020198180140

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
10628852	06/07/2020 10:42	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	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  
Responsável pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

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

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

02/07/2018 - 11:45

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PARQUE PIAUÍ

Endereço

AV. PRINCIPAL, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA

RG: 2463911

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce R. Lebre Carlos  
Escrivã Especial  
Mat.: 009761-6

*Marcelo Pereira da Silva*

MARCELO PEREIRA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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



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 interdita 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 Pereira da Silva

CPF da Vítima

050.475.303-70

Data do Acidente

02/07/2018

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

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

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

Guaima, 04 de outubro de 2018  
Local e Data

Marcelo Pereira da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

"DOCUMENTO ORIGINAL"  
CORRETORA DE SEGURO  
Recebido em: 10/10/18

DALL001 V001/2017



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 Pereira da Silva

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

Nome completo Marcelo Pereira da Silva	CPF titular da conta 050.475.303-70	Profissão Recuso
Endereço R. Lima	Número 1140	Complemento Casa
Bairro Araújo	Cidade Teresina	CEP 64027-658
Email	Estado PI	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
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 0728 (informar dígito se existir)	<b>CONTA</b> NRO. 127990 (informar dígito se existir)	<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) <b>BANCO</b> Nome _____ NRO. _____ <b>AGÊNCIA</b> NRO. _____ D/V _____ (informar dígito se existir)	<b>CONTA</b> NRO. _____ D/V _____ (informar dígito se existir)

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

Teresina, 04 de outubro de 2018  
Local e Data

Marcelo Pereira da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DOCUMENTO ORIGINAL  
Assinatura do Representante Legal  
Recebido em: 10/10/18

FAPPF.001 V001/2017

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCELO PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180477987**

Vítima: **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

00020473



# 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 0CC311873DA394A9



## 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 médico-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](http://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

MARCELO PEREIRA DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO





# 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: <b>MARCELO PEREIRA DA SILVA</b>		Prontuário: <b>481086</b>	
Mãe: <b>MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA</b>	Pai: <b>VALMIR PEREIRA DA SILVA</b>		
End. Resid.: <b>RUA CARDIAL 1235 - PARQUE AFONSO GIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>			
Nascimento: <b>18/08/1989</b>	Idade: <b>28a10m15d</b>	Sexo: <b>Masculino</b>	Fone: <b>86-99451-5056</b>
Responsável: <b>O MESMO</b>	CNS: <b>707002851516738</b>		
Profissão: <b>CONFERENTE</b>	CPF: <b>050.475.303-70 * RG: -</b>		
Instrução: <b>Médio Completo</b>	E.Civil: <b>Solteiro(a)</b>		
Local: <b>- - -</b>	Recebido em: <b>10/10/18</b>		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>672496</b>	Data: <b>02/07/2018 12:29:32</b>	Condução: <b>VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>		Convênio: <b>S U S</b>
Cid.Trab.: <b>Sim</b>	Trajetória?: <b>Sim</b>	Tipico: <b>Não</b>
CID Secundário: <b>V299</b>		

### DADOS CLÍNICOS:

- vítima de acidente motociclistico há 1 hora, com impacto na cintura escapular @. Usava cassetete.  
- apresenta dor e deformidade na clavícula @.  
- Ef: supnico, sem eufocalgia; Glasgow 15, estável; abdome indolor; tórax estável; deambulando normalmente;  
- A Clavícula @ a insucesso de enfiar

PA: **X** mmHg Pulso: **54** FC: **54** bpm Temp: **36,0** °C

### Diagnóstico Inicial:

**Fratura de clavícula**

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Tramadol 100mg + 100ml SF - EV  
- Dipirona 1 amp 750 - EV  
- Solicito radiografias

RAIO-X REALIZADO  
DATA **02/07/2018**  
Técnico: **[Assinatura]**

<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. Originadora <input type="checkbox"/> Transferência:
DATA SAÍDA: <b>1/1</b> HORA: <b>12:30</b>		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
DESTINO: <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs		Proc. Solicitado: <b>0408010150 / 5420</b> CID Compatível: <b>79</b>
ÓBITO: <b>X</b>		Prof. Solicitante Internação: <b>Dr. Caio Vitor de Oliveira Neto</b> Médico Ortopedista CRM-PI 3034

**X** **Maria Rita de Abreu Carvalho**  
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

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

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	0308010019

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

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

### 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 CIRURGICO. FOI TRANSFERIDO PARA REALIZAR CIRURGIA EM OUTRO SERVIÇO.

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

### AUTORIZAÇÃO

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

RECIBO  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 10/10/18





**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Maurício P. do Filho # 03000000 (E)				Concedor		
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS				
DATA: 02/07/14 HORA: 14:00 PRESCRIÇÃO MÉDICA:		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
1 DIETA LIVRE 2 SCS 5% 500ML + SFO 9% 500ML EV EM 12h 3 DIPIRONA 2ML + AD EV 6/8h 4 TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12h 5 TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12h SOS 6 CCGG		13:30h 14:00h 14:30h 15:00h 15:30h 16:00h 16:30h 17:00h 17:30h 18:00h 18:30h 19:00h 19:30h 20:00h 20:30h 21:00h 21:30h 22:00h 22:30h 23:00h 23:30h 24:00h				
VITÓRIA NUNDELLA Médica Residente CUBA/RS 3651						
Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto Médico Ortopedista CRM-PR: 3054						

**MÉDICO/CRM:**

Mod: 007



EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM  
ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

DATA: 02/02/18



NOME: Ednan Soares Coutinho PRONTUÁRIO: 481086 IDADE: 48 ENFERMARIA/LEITO: —

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

SINAIS VITAIS						ENTRADAS				SAÍDAS	
HORA	T	P	R	PA	SAT. O <sub>2</sub>	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18		104		130							
24		104		130							
6											

ESCALA DE BRADEN:	PONTOS:	CONTROLE:
1. PERCEPÇÃO SENSORIAL		ALTO RISCO - AR: <12
2. LIMIDADE		MEDIO RISCO - BR: 12 a 14
3. ATIVIDADE		BAIXO RISCO - BR: >14
4. MOTILIDADE		
5. NUTRIÇÃO		
6. FRIÇÃO E CISCALHAMENTO		
TOTAL:		CLASSIF: <u>—</u>

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:	PONTOS:	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0		SEM RISCO - SR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0		BAIXO RISCO - BR: 25-50
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilizar / Parado - 30 / Muletas / Bengala / Andador - 15 / Nenhum / Acamado / Auxiliado por Profissional de Saúde - 0		ALTO RISCO - AR: > 51
4. TERAPIA ENDÓGENA: SIM - 20 NÃO - 0		TOTAL: <u>—</u>
5. MARCHA: Compensatória / cambaleante - 30 / Firme - 15 / Normal / Sem desambulação, acamado, cadeira de rodas - 0		CLASSIF: <u>—</u>
6. ESTADO MENTAL: Superfície capacidade / Esquece instrução - 15 / Orientado / Cogniz quanto a sua capacidade / Limitado - 0		

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
1. Estado Mental: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Torporoso ( ) Sonoletoso Glasgow: AO / RV / RM
2. Locomoção: ( ) Deambula ( ) Acamado ( ) Agitado ( ) Paratostia ( ) Déficit Motor ( ) Plegia ( ) Hemiparesia
3. Respiração: ( ) Eupnéico ( ) Dispneico ( ) Taquipnéico ( ) TQT ( ) Sem O <sub>2</sub> ( ) Com O <sub>2</sub>
4. Sistema Cardiovascular: ( ) Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico
5. Dieta: ( ) VO ( ) SNE/SNG ( ) SOE/SOG ( ) GTT ( ) Boa aceitação ( ) Aceita Parcialmente ( ) Não aceita ( ) Dieta zero ( ) NPT
6. Abdômen: ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Distendido ( ) Flácido ( ) Rígido/Tenso ( ) Tímpanico ( ) Doloroso ( ) Indolor
7. Pele e mucosas: ( ) Normocorado ( ) Hipocorado ( ) Ictérico ( ) Edema/Anasarca ( ) Hidratado ( ) Lesões Bolhosas ( ) Escoriações ( ) LPPs
8. Hidratação: ( ) AVP ( ) AVC ( ) Outros: <u>—</u>
9. Drenos: ( ) Suctor ( ) Torácico ( ) DVE ( ) Kher ( ) Penrose ( ) Outros: <u>—</u>
10. Diurese: ( ) Espontânea ( ) Dispositivo Urinário ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Reduzida ( ) Hematúria ( ) Normal ( ) Outros: <u>—</u>
11. Evacuações: ( ) Presentes ( ) Constipado <u>—</u> dias ( ) Diarreia <u>—</u> dias ( ) Melena ( ) Colostomia ( ) Ileostomia



Prefeitura de Teresina

## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

### REGISTRO DE ALTA

HOSPITAL: **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA**  
PACIENTE: Marcelo Pereira da Silva Nº PRONT: 481086 Nº 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
- ☒ (X) TRANSFERÊNCIA
- ☐ ( ) EVASÃO
- ☐ ( ) ENCERRAMENTO ADMINISTRATIVO

DATA 03.07.18

ASSINATURA DO MÉDICO

*Dr. Gilberto A. E.*  
Diretor Geral do H  
Prof.º Zenon Ro

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



Endereço: Av. 14 de Julho, 100 - Centro - Teresina - PI - CEP 63010-000



86 3218-5199



diretor@hup-hs.com.br



Assinado eletronicamente 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

ID: 109600  
Paciente: MARCELO PEREIRA DA SILVA  
Idade: 023Y  
Sexo: M

HPM



Dr. EDNAN SOARES COUTINHO  
Régua 105198193-2 / Matr. 14455-9  
Unidade do Setor de Apoio à Medicina

At 16:35  
Exame: 10/07/2018







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

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

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

105 Henrique de Aguiar Reis 22-10-2018  
PMPi 105198193-2 / Mat. 14425-9  
Setor de Arquivo Técnico

  
Dra. Liege de Sampaio  
Médica  
CRM-Pi: 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO  
CRM: 4173

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

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



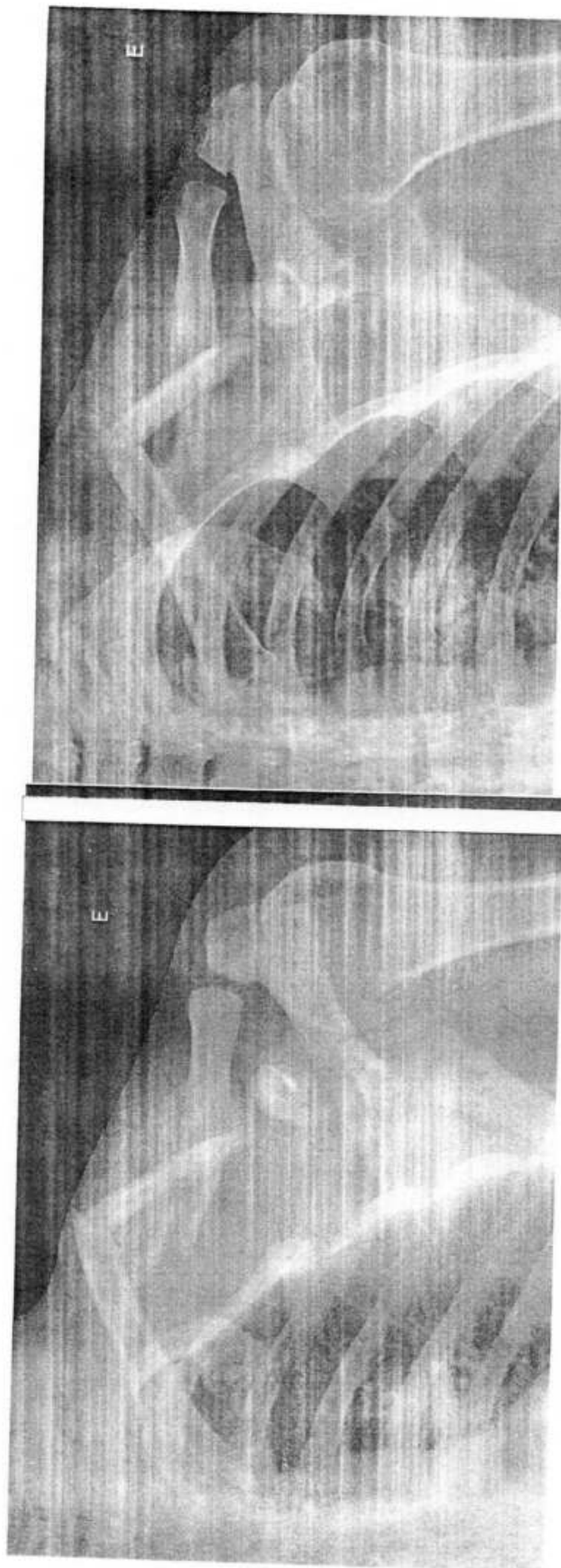
ID: 108623

Paciente: MARCELO PEREIRA DA SILVA

Idade: 026Y

Sexo: O

HPM



Dr. Henrique Macedo Reis - RCRM 105198193-7 / Mat. 14455-9  
Setor do Arquivo Técnico

Hora: 16:00  
Exame: 04/07/2018



24/07/2018

Comprovante da alta

**FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA  
COMPROVANTE**

**Número do Laudo:** **114395**

**Orgão Emissor:**

M221100001

**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

João Henrique Vasconcelos Reis - 20160101  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14405-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico



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

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEL ARCOVERDE - IHPM	CNES 7323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEL ARCOVERDE - IHPM	CNES 7323451

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
707002851516738	MARCIO PEREIRA DA SILVA	18/08/1989	M	384338
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
			MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA	MARIA RITA DE ABREU CARVALHO
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NÚMERO / LOTE		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
ARRAIS		TERESINA	PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE ENVOLVENDO COM FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
AS ACIMA

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
RX

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA	<b>CID 10 SECUNDÁRIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
--	--------------------------	---------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

<b>COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> 0408010150 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA		<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b>  LEANDRO PONSE LEAL CPF: 18778699841 CRM: 105130199-7 / Mat. 14475-9 Chefe do Setor do Arquivo Técnico
<b>LEITO/CLÍNICA</b> ORTOPEDIATRIA/ORTOMOLOGIA (MASCULINO)	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 03/07/2018	
<b>CARACTER</b> URGENCIA	<b>DATA ADMISSÃO</b> 03/07/2018 12:31	<b>DATA ALTA</b> 11/07/2018 15:03
	<b>MOTIVO ALTA</b> MELHORADO	

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

### AUTORIZAÇÃO

<b>JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO</b>	
<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b>  AARAO CRUZ MENDES CPF: 13178547204 CRM: DATA ANALISE: 23/07/2018 14:50:28	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLAR AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b>  CPF: CRM: DATA ANALISE:

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**





Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
<b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	<b>2323451</b>	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	<b>702411</b>
<b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	<b>2323451</b>	

## Identificação do Paciente

5 - Nome:	<b>MARCELO PEREIRA DA SILVA</b>			6 - Prontuário:	<b>385338</b>		
7 - CNS:	<b>707002851516738</b>	8 - Nascimento:	<b>18/08/1989</b>	9 - Sexo:	<b>M</b>	CPF:	
11 - Mãe:	<b>MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA</b>			12 - Fone:	<b>86-9.4515056</b>		
13 - Resp:	<b>MARIA RITA DE ABREU CARVALHO</b>			14 - Cor:	<b>sem Ident</b>		
15 - Ender.:	<b>RUA CARDIAL</b>	1235	<b>DISTRITO INDU</b>	19 - CEP:	<b>64027-567</b>		
16 - Munic:	<b>TERESINA</b>	17 - Cod. IBGE:	<b>221100</b>	18 - UF:	<b>PI</b>	RG:	<b>24639-11</b>

## Justificativa da Internação

## 20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

paciente vítima de acidente com politrauma  
fratura de clavícula "E"

## 21 - Condições que justificam a Internação:

As acima

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

Rx controle.

Leandro Ponce Leal  
RIGPM 105.156.738-2 / Mat. 14455-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

## 23 - Diagnóstico Inicial:

FRATURA DA CLAVICULA "E"

## 24 - Cid Princ.:

S420

## 25 - Cid Sec.:

## 26 - Cid C.Ass.:

## Procedimento Solicitado

## 28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408010150 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

Tempo:

2

## 29 - Clínica:

POSTO II

## 30 - Carater.:

02

## Ident.:

1

## 31 - Documento:

CPF

## 32 Doc. Med. Solic.

16778699841

## 33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

## 34 - Data de Solicitação:

03/07/2018

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Serie
37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR.
38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajetos.			
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

Dr. LEANDRO PONCE LEAL  
Diretor Técnico do HPI  
CRM-PI 2668  
50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

## 51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Maria Rita de Abreu Carvalho

Usuário: ANA-ARAUJO  
Consulta Local:  
Consulta SUS: 277061849  
Impressão: 12:31:59





Polícia Militar do Piauí  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	FICHA DE PRONTUÁRIO		03/07/2018
IDEM OUTROS HOSPITAIS SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: MARCELO PEREIRA DA SILVA		Pront.: 385338
CLÍNICA	Nasc.: 18/08/1989 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
Médico Assistente	Atendimento: 702411	Enfermaria: POSTO II	ENF 214 LEITO Leito: 214
Permanência	Pai:		
CLÍNICA	Mãe: MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA		
	RG: 2463911		
	Residência:		
	RUA CARDIAL Nr.: 1235 Cep: 64027567	Bairro: DISTRITO INDUSTRIAL Cidade: TERESINA Telefone: 86 - 94515056	

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

paciente vítima de acidente de Fratura  
clavicular e"

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S420	
Principal: Fratura da clavícula	CID	
Procedimento:		
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico:
Dor e impotência funcional		

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: 1

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"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros
		<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

THE / /

Assinatura:

Assinatura: Ponce de  
CRM PI 2608

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

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



Assinado eletronicamente 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



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 10 / 07 / 2020  
Nº DO PRONTUÁRIO: 385338 SALA: 2  
CÓD DA CIRURGIA: 0908010150

Descrição da Cirurgia:

Parte em contato com pele  
havia a presença de um  
tumor, atingindo a pele e o  
tubo e aderido ao fúrculo  
base do polegar e parte  
inferior do polegar  
Cirurgia

Dr. Henrique Vasconcelos Reis 2º Tenente  
RGPM 108198193-2 / Mat. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

Leandro Ponce Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 2608

Cirurgia: Fratura de Clavícula D

Cirurgião: Dr. Leandro

1º Auxiliar: ACD: Rosângela

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Tec. J. Jesus

Circulante: Tc. Marcia Rejane  
Marcia Rejane  
Téc. em Enfermagem  
COREN 850657-TE



DATA: 10/03/1982  
Nº DO PRONTUÁRIO: 222222 SALA: 8  
CÓD DA CIRURGIA: 01010150

NOME: Thomaz Costa da Silva Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M ASA: \_\_\_\_\_  
 PROCEDIMENTO: Fratura Fechada, R AptEnt = Leito  
 CIRURGIÃO: Roberto AUX: Leonora ANEST: Alvaro ANESTESIA: Alvaro  
 BISTÃO: Roberto CIRC: Alvaro RACIO: 14:30 FIM: \_\_\_\_\_ SALA: 6  
 P: 14:30 a 17:30 PESO: \_\_\_\_\_ Hgt: 180 Glomera: \_\_\_\_\_ Creatina: \_\_\_\_\_ Respir: \_\_\_\_\_

[illegible]

Herculano Garcês Oliveira Neto  
 Anestesiologista-CRM  
 Médico Anestesiologista  
 CRM: 590  
 CPF: 068.011.093-91





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



817-32122



## FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: \_\_\_\_\_

CONTATO FEITO COM: \_\_\_\_\_

CONFIRMADO A VAGA: SIM (X) NÃO ( )

### I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Marcos Bessa da Silva

IDADE: 22 ESTADO CIVIL: solteiro

ENDEREÇO: Parque A/ouso - 611 - TE/PE

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

### II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ( )

CIRÚRGICO (X)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

"Acidente de trânsito"  
trauma no membro  
f.b. - fratura

EXAMES REALIZADOS:

mt. mto. f. - fratura de  
dist. cub. e con. avio

DIAGNÓSTICO:

Sit. dist. cub. e / SURTO  
01/08/2015

TRATAMENTO REALIZADO:

2. mto. mto.

Luís Henrique Passos Reis - 25 TEN VAI  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14405-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

1105 p. de fratura (H P M)

DATA:

03/10/2015

MOD. 004 - HUT

Ass. e carimbo do médico



Assinado eletronicamente 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

Num. 10628852 - Pág. 21





**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	END. ou APT.	LEITO
MARCELO ROBERTO DA SILVA		151056	18.05.1985			
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS				
DATA: 15/05/2024 HORA: 14:00 (PRESCRIÇÃO MÉDICA)		HORÁRIO		MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE		
1) Alergia a lactose 2) Alergia a glúten 3) Alergia a ovos 4) Alergia a frutos do mar 5) Alergia a insetos 6) Alergia a plantas				OBSERVAÇÕES		
7) Alergia a medicamentos 8) Alergia a produtos de limpeza 9) Alergia a metais 10) Alergia a látex						
11) Alergia a alimentos processados 12) Alergia a produtos de higiene pessoal 13) Alergia a produtos de beleza 14) Alergia a produtos de limpeza						
15) Alergia a produtos de limpeza 16) Alergia a produtos de limpeza 17) Alergia a produtos de limpeza 18) Alergia a produtos de limpeza						
19) Alergia a produtos de limpeza 20) Alergia a produtos de limpeza 21) Alergia a produtos de limpeza 22) Alergia a produtos de limpeza						
23) Alergia a produtos de limpeza 24) Alergia a produtos de limpeza 25) Alergia a produtos de limpeza 26) Alergia a produtos de limpeza						
27) Alergia a produtos de limpeza 28) Alergia a produtos de limpeza 29) Alergia a produtos de limpeza 30) Alergia a produtos de limpeza						
31) Alergia a produtos de limpeza 32) Alergia a produtos de limpeza 33) Alergia a produtos de limpeza 34) Alergia a produtos de limpeza						
35) Alergia a produtos de limpeza 36) Alergia a produtos de limpeza 37) Alergia a produtos de limpeza 38) Alergia a produtos de limpeza						
39) Alergia a produtos de limpeza 40) Alergia a produtos de limpeza 41) Alergia a produtos de limpeza 42) Alergia a produtos de limpeza						
43) Alergia a produtos de limpeza 44) Alergia a produtos de limpeza 45) Alergia a produtos de limpeza 46) Alergia a produtos de limpeza						
47) Alergia a produtos de limpeza 48) Alergia a produtos de limpeza 49) Alergia a produtos de limpeza 50) Alergia a produtos de limpeza						
51) Alergia a produtos de limpeza 52) Alergia a produtos de limpeza 53) Alergia a produtos de limpeza 54) Alergia a produtos de limpeza						
55) Alergia a produtos de limpeza 56) Alergia a produtos de limpeza 57) Alergia a produtos de limpeza 58) Alergia a produtos de limpeza						
59) Alergia a produtos de limpeza 60) Alergia a produtos de limpeza 61) Alergia a produtos de limpeza 62) Alergia a produtos de limpeza						
63) Alergia a produtos de limpeza 64) Alergia a produtos de limpeza 65) Alergia a produtos de limpeza 66) Alergia a produtos de limpeza						
67) Alergia a produtos de limpeza 68) Alergia a produtos de limpeza 69) Alergia a produtos de limpeza 70) Alergia a produtos de limpeza						
71) Alergia a produtos de limpeza 72) Alergia a produtos de limpeza 73) Alergia a produtos de limpeza 74) Alergia a produtos de limpeza						
75) Alergia a produtos de limpeza 76) Alergia a produtos de limpeza 77) Alergia a produtos de limpeza 78) Alergia a produtos de limpeza						
79) Alergia a produtos de limpeza 80) Alergia a produtos de limpeza 81) Alergia a produtos de limpeza 82) Alergia a produtos de limpeza						
83) Alergia a produtos de limpeza 84) Alergia a produtos de limpeza 85) Alergia a produtos de limpeza 86) Alergia a produtos de limpeza						
87) Alergia a produtos de limpeza 88) Alergia a produtos de limpeza 89) Alergia a produtos de limpeza 90) Alergia a produtos de limpeza						
91) Alergia a produtos de limpeza 92) Alergia a produtos de limpeza 93) Alergia a produtos de limpeza 94) Alergia a produtos de limpeza						
95) Alergia a produtos de limpeza 96) Alergia a produtos de limpeza 97) Alergia a produtos de limpeza 98) Alergia a produtos de limpeza						
99) Alergia a produtos de limpeza 100) Alergia a produtos de limpeza 101) Alergia a produtos de limpeza 102) Alergia a produtos de limpeza						
103) Alergia a produtos de limpeza 104) Alergia a produtos de limpeza 105) Alergia a produtos de limpeza 106) Alergia a produtos de limpeza						
107) Alergia a produtos de limpeza 108) Alergia a produtos de limpeza 109) Alergia a produtos de limpeza 110) Alergia a produtos de limpeza						
111) Alergia a produtos de limpeza 112) Alergia a produtos de limpeza 113) Alergia a produtos de limpeza 114) Alergia a produtos de limpeza						
115) Alergia a produtos de limpeza 116) Alergia a produtos de limpeza 117) Alergia a produtos de limpeza 118) Alergia a produtos de limpeza						
119) Alergia a produtos de limpeza 120) Alergia a produtos de limpeza 121) Alergia a produtos de limpeza 122) Alergia a produtos de limpeza						
123) Alergia a produtos de limpeza 124) Alergia a produtos de limpeza 125) Alergia a produtos de limpeza 126) Alergia a produtos de limpeza						
127) Alergia a produtos de limpeza 128) Alergia a produtos de limpeza 129) Alergia a produtos de limpeza 130) Alergia a produtos de limpeza						
131) Alergia a produtos de limpeza 132) Alergia a produtos de limpeza 133) Alergia a produtos de limpeza 134) Alergia a produtos de limpeza						
135) Alergia a produtos de limpeza 136) Alergia a produtos de limpeza 137) Alergia a produtos de limpeza 138) Alergia a produtos de limpeza						
139) Alergia a produtos de limpeza 140) Alergia a produtos de limpeza 141) Alergia a produtos de limpeza 142) Alergia a produtos de limpeza						
143) Alergia a produtos de limpeza 144) Alergia a produtos de limpeza 145) Alergia a produtos de limpeza 146) Alergia a produtos de limpeza						
147) Alergia a produtos de limpeza 148) Alergia a produtos de limpeza 149) Alergia a produtos de limpeza 150) Alergia a produtos de limpeza						
151) Alergia a produtos de limpeza 152) Alergia a produtos de limpeza 153) Alergia a produtos de limpeza 154) Alergia a produtos de limpeza						
155) Alergia a produtos de limpeza 156) Alergia a produtos de limpeza 157) Alergia a produtos de limpeza 158) Alergia a produtos de limpeza						
159) Alergia a produtos de limpeza 160) Alergia a produtos de limpeza 161) Alergia a produtos de limpeza 162) Alergia a produtos de limpeza						
163) Alergia a produtos de limpeza 164) Alergia a produtos de limpeza 165) Alergia a produtos de limpeza 						





20/07/2018

laudo.digitalrad.com.br/fm/laudoimprime.asp?yopcao=L&yia\_cdlaui=10763000126&yipac=35794&yia\_sqfau=48886&yfili\_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. Hino Cunha, 1642 - Ilhéus - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (66) 3227-5265  
Fax: (66) 3216-1620

Carla Henrique Vasconcelos Reis - 27/11/2018  
RGPM 10578193-2 / Mat. 14455-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

http://laudo.digitalrad.com.br/fm/laudoimprime.asp?yopcao=L&yia\_cdlaui=10763000126&yipac=35794&yia\_sqfau=48886&yfili\_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=20070610423460100000010084820

Número do documento: 20070610423460100000010084820

## 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 - OSTEOSÍNTESE 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 MENDONÇA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



DOCUMENTO ORIGINAL

DIDA CORRETORA DE SEGUROS

abido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PI**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E HABILITAMENTO DE VEÍCULO**  
Nº 013390354629

06371-VA-00013578  
1 01149301578  
10206

**FERNANDO CORREIA DE SOUSA**  
CPF: 04359451300  
01621  
12015  
05862  
09101

PLACA: ANT/5  
9C6RG311030020771

**PAS/MOTOCICLO/HENDEDA**  
MARCA/MODELO  
YAMAHA/YER150 FACTOR E  
CAP/PC/CIL  
02F/0149CC  
CATEGORIA  
PARTIC  
VEIC. DOTM/UNICA  
DOTM/UNICA  
1º VENC./DOTAS  
2º  
3º PAGO  
PREMIO TARIFARIO (R\$)  
CF (R\$)  
000000000  
PREMIO TOTAL (R\$)  
PAGO  
DATA DE PAGAMENTO  
PBT: 000.30  
AUTENCAO FIDUCIARIA  
BANCO PAN S/A  
TERRESTRE  
LOCAL  
DATA  
16/04/2018  
17

**PI Nº 013390354629 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 922 1204**

**1**  
04359451300  
01149301578  
YAMAHA/YER150 FACTOR E  
2018  
9C6RG311030020771

**PREMIO TARIFARIO**  
RIS (R\$)  
067,74  
CUSTO DO BILHETE (R\$)  
004,15  
CUSTO DO SEGURO (R\$)  
007,52  
CUSTO DO SEGURO (R\$)  
075,26  
TOTAL SEM IMPOSTOS (R\$)  
155,28  
DATA DE QUOTACAO  
12/04/2018  
X DOTM/UNICA  
PAGAMENTO  
PARCELADO  
12/04/2018

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.008/0001-04

MÉDIA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 10/10/18



DOCUMENTO ORIGINAL

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 10/10/18



# 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: <b>MARCELO PEREIRA DA SILVA</b>		Prontuário: <b>481086</b>	
Mãe: <b>MARIA DAS CHAGAS PEREIRA DA SILVA</b>	Pai: <b>VALMIR PEREIRA DA SILVA</b>		
End. Resid.: <b>RUA CARDIAL 1235 - PARQUE AFONSO GIL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>			
Nascimento: <b>18/08/1989</b>	Idade: <b>28a10m15d</b>	Sexo: <b>Masculino</b>	Fone: <b>86-99451-5056</b>
Responsável: <b>O MESMO</b>	CNS: <b>707002851516738</b>		
Profissão: <b>CONFERENTE</b>	CPF: <b>050.475.303-70 * RG: -</b>		
Instrução: <b>Médio Completo</b>	E.Civil: <b>Solteiro(a)</b>		
Local: <b>- - -</b>	Recebido em: <b>10/10/18</b>		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>672496</b>	Data: <b>02/07/2018 12:29:32</b>	Condução: <b>VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>		Convênio: <b>S U S</b>
Cid.Trab.: <b>Sim</b>	Trajetória?: <b>Sim</b>	Tipico: <b>Não</b>
CID Secundário: <b>V299</b>		

### DADOS CLÍNICOS:

- vítima de acidente motociclistico há 1 hora, com impacto na cintura escapular @. Usava cassetete.  
- apresenta dor e deformidade na clavícula @.  
- Ef: supnico, sem eufocalgia; Glasgow 15, estável; abdome indolor; tórax estável; deambulando normalmente;  
- A Clavícula @ a insucesso de enfiar

PA: <b>X</b> mmHg	Pulso: <b>54</b>	FC: <b>54</b> bpm	Temp: <b>36,0</b> °C
-------------------	------------------	-------------------	----------------------

### Diagnóstico Inicial:

**Fratura de clavícula**

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Tramadol 100mg + 100ml SF - EV  
- Dipirona 1 amp 750 - EV  
- Solicito radiografias

RAIO-X REALIZADO  
DATA **02/07/2018**  
Técnico: **[Assinatura]**

<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:
DATA SAÍDA: <b>1/1</b>		HORA: <b>12:30</b>
DESTINO: <input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: <b>0408010150 / 5420</b> CID Compatível: <b>79</b> Prof. Solicitante Internação: <b>Dr. Caio Vitor de Oliveira Neto</b> CRM-PI: 3034

**X Maria Rita de Albuquerque**  
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



Código do Cliente  
**1 504 454 971**

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



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

21408927



7214028638 02010 00000025901 30 220618

Esta fatura foi fechada em

**20 AGO 2018**

Valor total

R\$

**130,41**

Vencimento

**03 SET 18**

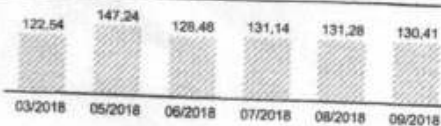
Exclui anuidade; pagos até o dia do vencimento

**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 15 dias, além de juros de 1% ao mês e multa de 2% sobre o valor.

MEDIDA CORRETIVA DE SEGUNDOS  
Recebido em: 10/10/18

**SKY** E MAIS FACILIDADE

Consulte sua fatura e gere o código de barras pelo app



Consulte a sua fatura online.  
É simples e rápido!



Baixe o app Minha Sky no  
Google Play ou App Store

Acesso:  
[sky.com.br/minhasky](http://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](http://WWW.SKY.COM.BR)



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Fernando Correia de Sousa,  
RG nº 2721900, data de expedição 1/1/18,  
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 043.594.513.00, com  
domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Cima, 1140, Anália, CEP: 64027-658, nº \_\_\_\_\_,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado 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: mot.  
Modelo: yamaha / ybr 150 Factor e;  
Ano: 2018-2018.  
Placa: OEG-5542-PI;  
Chassi: 9C6AG311030020771;  
Data do Acidente: 02.07.2018  
Local e Data: Teresina, 2/10/18

Fernando Correia de Sousa  **2º OFÍCIO**  
Assinatura do Declarante

Marcelo Pereira da Silva  **2º OFÍCIO**

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



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

