

Controle de documentos x Audiências x Consulta processos - Pro... x 0814224-02.2020.8.18.0 x Merge PDF files online... x WhatsApp x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=525915&ca=033f0b032adeaf67280dbdf9c8275e19799...

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

PJE ProceComCiv 0814224-02.2020.8.18.0140
JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO...

10954284 - CONTESTAÇÃO (2735569 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/07/2020 11:07:34

24 Jul 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 10954281 - CONTESTAÇÃO
 - 10954284 - CONTESTAÇÃO (2735569 CONTESTACAO 01)
 - 10954288 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10954289 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10954291 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10954543 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELAÇÕES

downloadBinario.seam 1 / 10

2735569- CS/ 2020-02604/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot+ proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf Exibir todos x

PT 11:07 24/07/2020



Número: **0814224-02.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA (AUTOR)		FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10954288	24/07/2020 11:07	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000108631-5

Nr. da Autenticação 6D6A52A2C8E2A68A



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000049 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE JOELHO DIREITO E FRATURA DE GLENOIDE ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 80), EXTENSÃO(ADM 40), ABDUÇÃO (ADM 80)E ADUÇÃO (ADM 20) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR. NO JOELHO DIREITO, APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80°), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA DO OMBRO ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM AGOSTO DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000049 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO COM LESÃO DA GLENOIDE, TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X DOC PÁG. 11 12 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000049

Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15311421

Pag. 01103/01104 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200000049 **Vítima:** JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/05/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00229/00230 - carta_02 - INVALIDEZ

00070115



Carta nº 15323450





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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000049

Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25% Graduação: Em grau médio 50% % Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50% Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50
--	--------------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25% Graduação: Em grau médio 50% % Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50% Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50
---	--------------

Recebedor: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 00000108631-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 867.653.103-04 4 - Nome completo da vítima: José Mauro Silveira de Oliveira

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

5 - Nome completo: José Mauro Silveira de Oliveira 6 - CPF: 867.653.103-04
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: R5 Torquato Neto II 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Asplacade 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64030-556
15 - E-mail: ednanseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1606 CONTA: 10 86 31 5
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 27/12/19
José Mauro Silveira de Oliveira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002719/2019-61

Unidade de Registro: 12º DP DE TERESINA

Resp. pelo Registro: Inaldo Pereira De Moura

Data/Hora: 19/07/2019 - 10:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
BR 316 KM 7, Nº:
Complemento

570034
570036 (DAMS)

Data/Hora
22/05/2019 - 06:30

Bairro
BELA VISTA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ MAURO SILVINO DE OLIVEIRA
RG: 1993018 SSP PI
Mãe: ANTONIA SILVINO DE OLIVEIRA
Pai: JOSÉ GOMES DE OLIVEIRA
Endereço: POV. LAGOA DO BARRO, Nº S/N
Complemento: PRÓX. IGREJA ASSEMBLÉIA DE DEUS
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: REGENERAÇÃO
Telefone(s): 86-9573-8033

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal culposa.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DISTRITAL PARA COMUNICAR QUE NO DIA E HORA SUPRA; QUE, TRAFEGAVA COM O VEÍCULO TIPO MOTOCICLETA DE MARCA HONDA CG 160 FAN ESDI 2016/2017, DE COR PRETA, DE PLACA PIS-1338, RENAVAL 01122579311, CHASSI N°9C2KC2200HR009149 PELA BR.316 NO SENTIDO CENTRO, QUANDO NA ALTURA DO KM 7, NAS PROXIMIDADES DO BAIRRO BELA VISTA, QUANDO UM SEGUNDO VEÍCULO TIPO S10 DE COR PRATA DE PLACA FQU-1118, CONDUZIDO POR UM CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, ACABOU POR ATROPELAR O NOTICIANTE, QUE COM O IMPACTO DA BATIDA FOI AO CHÃO DA VIA; QUE, O CONDUTOR DO VEÍCULO INFRATOR FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO, O QUAL FOI SOCORRIDO POR DOIS POLICIAIS MILITARES QUE PASSAVAM NO LOCAL NAQUELE MOMENTO, OS QUAIS ACIONARAM UMA EQUIPE DO SAMU, QUE LHE SOCORREU E O ENCAMINHOU PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-HUT, LOCAL ONDE FOI ATENDIDO DEVIDO SEU ESTADO DE SAÚDE, UMA VEZ QUE APRESENTAVA LESÕES NO JOELHO DIREITO, ESCORIAÇÕES NOS BRAÇOS E OMBRO ESQUERDO, DENTRE OUTRAS ESCORIAÇÕES; QUE, O ATENDIMENTO NAQUELA UNIDADE DE SAÚDE GEROU CÓDIGO DE N° 722816, E QUE PERMANECERU INTERNADO DURANTE DOIS DIAS, QUE DESDE ESSA ÉPOCA DO ACIDENTE O NOTICIANTE VEM SOFRENDO TRATAMENTO DE SAÚDE. ERA O QUE TINHA NOTICIAR.

Inaldo Pereira De Moura - Mat.
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

José Mauro Silvino de Oliveira
JOSÉ MAURO SILVINO DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Ademir da Silva Campos
Delegado de Polícia Civil
Classe Especial
Mat. 9186-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 867.653.103-04 4 - Nome completo da vítima: José Mauro Silveira de Oliveira

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

5 - Nome completo: José Mauro Silveira de Oliveira 6 - CPF: 867.653.103-04
 7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: R5 Torquato Neto II 9 - Número: 512 10 - Complemento: Casa
 11 - Bairro: Esplanada 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64030-556
 15 - E-mail: eduardosilveira@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1606 CONTA: 10 86 31 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Teresina - PI 27/12/19
 José Mauro Silveira de Oliveira
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)





Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local		
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital			
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro		12 Município-UF	Código IBGE		
	13 Ponto de referência						
	14 Nome	15 Sexo			1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
Dados do Paciente	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	18 Tipo de ocorrência	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
Tipo de Ocorrência	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 17 - Já removido 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 18 - Falso chamado 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares						
	Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança		
23 Glasgow =		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão	
Exame Físico	ABERTURA OCULAR		5 - Orientada		6 - Obedece a comandos		
	4 - Espontânea		4 - Confusa		5 - Localiza dor		
	3 - À voz		3 - Palavras inapropriadas		4 - Movimento de retirada		
	2 - À dor		2 - Palavras incompreensíveis		3 - Flexão anormal		
1 - Nenhuma		1 - Nenhuma		2 - Extensão anormal		1 - Nenhum	
26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	
1 - Iguais 2 - Desiguais		1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim 2 - Não		0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito	
<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a)		b) Matrícula: 89904 SAME - HOT NÃO REPRODUZIR COM O ORIGINAL		1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		1 - Não Removido 2 - Não 3 - Durante o transporte	
Observações Interdisciplinar							
Responsável pela recepção: _____ Socorristas Médico: _____ Enfermeiro: _____ AE/TE: _____ Condutor: _____							

11.2011





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

SUTORA

Antônio Neto
 SUTINA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 22/05/2019 07:25:07
 (User: ANTONINO MOITA)
 (Estação: CONSULPA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA		Prontuário: 511848	
Mãe: ANTONIA SILVINO DE OLIVEIRA		Pai:	
End.Resid.: QD:11 CS11 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 23/02/1977	Idade: 42a2m27d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99573-8033
Responsável: O MESMO		CNS: 700504739993058	
Profissão: AUTONOMO		Documento: CPF: 867.653.103-04	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 722816	Entrada: 22/05/2019 07:10:40	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE TRAZIDOS PELO SAMU PASSARAM DIRETO PARA SALA DE TRAUMA		Em: 22/05/2019 07:18:31 SARRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg | Altura: 0,00 M | IMC: 0,00 Kg/m2 | Pulso: bpm | Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (CARRO-MOTO), HÁ CERCA DE 1 HORA, TRAZIDO PELO SEMU SEM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA VOMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIENCIA. ESTÁ ESTÁVEL E DEAMBULANDO.

A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
 B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SAT O2:99%, FC 92, FR 13
 C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMETRICOS, SEM TURGENCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S
 D) GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE

Diagnóstico Inicial: ? **CID:**

Exames Complementares:
 (1222493) - CLAVICULA ESQUERDA
 (1222494) - JOELHO DIREITO
 (1222495) - TORAX PA E PERFIL

RAIO-X REALIZADO
 DATA: 22/05/19
 Técnico: [Assinatura]

Atestado Jurídico Penal/Quilombola
 Matrícula: 65604
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL
 [Assinatura]

Dr. Antônio Alexey
 MÉDICO
 CRM-PI: 7365
 [Assinatura]

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:
 Observação (Adulto) DATA: / / HORA: : .

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
 CRM 4330 Em: 22/05/2019 07:25:06



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

Nº da Nota Fiscal **031**
A Tarifa Social de Energia Elétrica
pela Lei nº 10.438 de 26 de a

CONTA MÊS **DEZEMBRO/2019** VENCIMENTO **15-01-2020** CONSUMO (kWh) **225**

JOCILEIDE RODRIGUES NUNES
RS TORQUATO NETO II S/N QD 11 CASA 11 ESPLANADA
CPF: 00083.148981391

DATA DE FATURAMENTO: 04/10/2019 - 556 - TERESINA

		DATAS
Atual:		Atual:
Anterior:	3182	Anterior:
Constante de Multiplicação:	2957	Próxima:
Consumo Medido:	1,000	Emissão:
Consumo Faturado:	225	Apresentação:
Forma de Faturamento:	Consumo de Irregularidade	Dias de atraso:

NORMAL DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse Ligação Número Medidor Poste

RESIDENCIAL
Mês/ano consumo

MONO

A1803192 DESCRICAO DA CONTA

NOV/19	270
OUT/19	450
SET/19	105
AGO/19	174
JUL/19	217
JUN/19	189
MAY/19	190

CONSUMO 225 A R\$ 0,9310
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
RELIGACAO A REVELIA
CORRECAO MONETARIA DA 07/19 00
CORRECAO MONETARIA IG 07/19 00
MULTA POR ATRASO DE PL 07/19 00
JUROS DE MORA ATRASO 07/19 00





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Control: Energia Elétrica - Série 9-1
Regulamentação de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato conosco, informe o seu NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051369-7

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	31/10/2019	394	411,88

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

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	21824	Atual:	24/10/2019
Anterior:	21430	Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/11/2019
Consumo Medido:	394	Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:	394 FCAM	Apresentação:	24/10/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO 394 A R\$ 0,944936 =	372,30
SET/19 368	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	30,03
AGO/19 285	MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00	0,57
JUL/19 222	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00	0,13
JUN/19 205	MULTA POR ATRASO 09/19-00	7,18
MAI/19 204	JUROS POR ATRASO 09/19-00	1,67
ABR/19 178	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	4,70
MAR/19 243	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	3,12
FEV/19 297		
JAN/19 365		
DEZ/18 57		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 394 - 0,62510

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Reservado ao Fisco 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.848F.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30
Energia:	141,48	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	3,82
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	17,64

	DRC			FIC			DABC		DRCB		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal			
Unidade	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03				
Reservado	0,00			0,00			0,00				
Conta	TERESINA-MACALEM						Período de aplicação:	08/2019	RFB	100,91	



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Mauro Silveira de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 867.653.103/04, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima José Mauro Silveira de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 867.653.103/04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua 24 De Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 27 de Dezembro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



APRITO CABE O SA.: DESEI HAVER SILVIO NA QUINDINA
EM 22.06.2019 FOI ATENDIDO NO HS DO LABORATORIO
DO TERESINA POR TEMPO NA QUINA E TENDENDO
DESEJANDO O DESEJO TENDENDO, CIDIO 5400/5800/5900
FOI CONSERVANDO ANGULARMENTE E ESTOU DANDO
ALTO COM ENCAMINHAMENTO A MÃO GINASTICA

TERESINA 22.10.19

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 1930 CPF: 388.981.513.08

CARIMBO E ASSINATURA

Especialidades

ANGIOLOGIA • CARDIOLOGIA • CIRURGIA GERAL • CIRURGIA PLÁSTICA • FISIOTERAPIA • GINECOLOGIA
• MEDICINA ESPORTIVA • NEUROLOGIA • NEUROCIRURGIA • NUTRIÇÃO • OBSTETRÍCIA • ORTOPEDIA
• PEDIATRIA • PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA • RADIOLOGIA • REUMATOLOGIA • REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Rua Tabellão José Basílio, 913 • Bairro de Fátima
CEP 64.048-190 • Teresina - PI

(86) 2107-4747 / 9 8824-2606

medcenterteresina@gmail.com



HUT - ACCOMPANHANTE (15133538)
Pacientes F.ó TERMOBIO (Prt: 7497)
Acamp: ACCOMPANHANTE - 29/05/2019
Destino: OBSERVATIO - UNICA (TRNSF..)
Internacoes: 1524 (Data: 30/05/2019)



NOME DO PACIENTE: Jose Mauro Filho de Oliveira
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 511848

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





Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro		12 Município-UF	Código IBGE
	13 Ponto de referência				
	14 Nome				15 Sexo
Dados do Paciente	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Vitima		20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow = 15		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais
	26 Pupilas		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10		25 Local da lesão
	27 Pulso Radial		30 Fratura		
	28 Sangramento				
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				32 Hospital de Destino
	33 Condições de entrada				
Hospital de Destino	34 Óbito				Observações Interdisciplinar
<p>Solicitante vítima de colisão motor com carro a frente parado no acostamento.</p>					
Socorristas		Médico		Enfermeiro	
AE/TE				Condutor	



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

SUTORA

Contaspedra
 SUTORA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 22/05/2019 07:25:07
 (User: ANTONINO MOITA)
 (Estação: CONSULPRO3)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA		Prontuário: 511848
Mãe: ANTONIA SILVINO DE OLIVEIRA	Pai:	
End.Resid.: QD:11 CS11 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 23/02/1977	Idade: 42a2m27d	Sexo: Masculino Fone: 86-99573-8033
Responsável: O MESMO	CNS: 700504739993058	
Profissão: AUTONOMO	Documento: CPF: 867.653.103-04	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 722816	Entrada: 22/05/2019 07:10:40	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE TRAZIDOS PELO SAMU PASSARAM DIRETO PARA SALA DE TRAUMA		SABRINA LORAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 22/05/2019 07:18:31

SSVV: (Hora: ____:____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bpm	Pressão: mmHg
----------------------	-----------------------	------------------------------------	-------------------	----------------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (CARRO-MOTO), HÁ CERCA DE 1 HORA, TRAZIDO PELO SEMU SEM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA VOMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIENCIA. ESTÁ ESTÁVEL E DEAMBULANDO.

- A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SAT O2:99%, FC 93, FR 13
- C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMETRICOS, SEM TURGENCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S
- D) GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

- (1222493) - CLAVICULA ESQUERDA
- (1222494) - JOELHO DIREITO
- (1222495) - TORAX PA E PERFIL

RAIO-X REALIZADO

DATA: 22/05/19

Prescrição Médica:

Relatório Anamnese / Exames
 Matrícula: 89824
 SAME - HUT
 CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Aurélio Alencar
 MÉDICO
 CRM-PI: 7365

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / **HORA:** : :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
 CRM 4330 Em: 22/05/2019 07:25:06





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA** (Prontuário: 511848)
Endereço: QD:11 CS11 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/02/1977 Idade: 42a2m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 722816
Requisição: 957164 Solicitação: 22/05/2019 Solicitante: PERICLES CERQUEIRA DE SOUSA
Controle: 1222841 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 22/05/2019

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com dimensões normais, apresentando aumento difuso da ecogenicidade parenquimatosa.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas.
- Ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Alteração parenquimatosa difusa hepática. Provável esteatose (Grau I).

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(SIMONE OLIVEIRA)

TERESINA - PI 22/05/2019

MÔNICA ALZIRA P DA SILVA

CPF: 227.811.103-53 CRM 3162

Profissional Responsável

Assinada eletronicamente por:
Mônica Alzira P da Silva
Matrícula: 69904
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



#ORTOPEDIA#

ADLX + CLÍNICA: SEM FRATURAS

CD: ACTA DA ORTOPEDIA F À SUTURA

André Leal de Vasconcelos
Ortopedia / Cirurgia da Mão
TEOT 13827 / CRM - PI: 4803

Ex. Geral: paciente consciente, orientado, eupórico em
o ambiente, ausculta cardíaca e pulmonar fisiológicas,
abdome globoso, indolor à palpação, sem ultrassonografias.
Raio x de tornoz = sem alterações.

Realizada sutura em joelho direito com nylon 3.0.
conduta: Alta hospitalar.

Dra. Aurine Alencar
MÉDICA
CRM-PI: 7365

Márcia Araújo Pimentel Cavalcante
Matrícula: 69804
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA** (Prontuário: 511848)
Endereço: QD:11 CS11 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/02/1977 Idade: 42a2m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 722816
Requisição: 957227 Solicitação: 22/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1222924 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010040

Data Exame: 22/05/2019

US C/DOPPLER ARTERIAL DE MID

Exames sonográfico realizado com transdutor de 7,5 mHz, de foco dinâmico.

ECOCOLOR DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- Artérias femoral comum, femoral superficial, poplítea e tibias posteriores ao nível do tornozelo, com bom fluxo no estudo com Doppler colorido e pulsátil, sem placas ateromatosas importantes, apresentando curvas de velocidade com morfologia normal, trifásica.

- As velocidades de pico sistólico máximo obtidas foram normais.

CONCLUSÃO: EXAME HABITUAL;

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 22/05/2019

FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA

CPF: 397.574.203-87 CRM 1879

Profissional Responsável

Assis Moura Oliveira
Márcia Assis Moura Oliveira
Matrícula: 69904
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA** (Prontuário: 511848)
Endereço: QD:11 CS11 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/02/1977 Idade: 42a2m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 722816
Requisição: 957227 Solicitação: 22/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1222925 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010040

Data Exame: 22/05/2019

US C/DOPPLER VENOSO DE MID

Exame sonográfico realizado com transdutor de 10,0mHz, de foco dinâmico.

ECOCOLOR DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- Veias femoral comum, femoral profunda e superficial com fluxo contínuo e fásico com a respiração, pérveas e compressíveis.
- Veias poplítea, fibulares, soleares, gastrocnêmicas; e tibiais pérveas com fluxo contínuo, pérveas e compressíveis.
- Junção safeno-femoral e safeno-poplítea pérveas.
- Veias safena magna, safena parva, pérveas e compressíveis.

CONCLUSÃO:

- SISTEMA VENOSO PROFUNDO PÉRVIO.
- SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL PÉRVIO.

Francisco de Assis Moura Oliveira
Matrícula: 69904
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

OBSERVAÇÃO ; CONVEM REALIZAR ULTRASSONOGRÁFIA DE PARTES MOLES

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 22/05/2019

FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA

CPF: 397.574.203-87 CRM 1879

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA** (Prontuário: 511848)
Endereço: QD:11 CS11 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/02/1977 Idade: 42a2m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 722816
Requisição: 957260 Solicitação: 22/05/2019 Solicitante: PERICLES CERQUEIRA DE SOUSA
Controle: 1223008 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020062

Data Exame: 22/05/2019

US DE PERNA DIREITA

US DE PARTES MOLES (PERNA DIREITA):

OBSERVA-SE EXTENSA ÁREA DE TEXTURA HETEROGÊNEA, BEM DELIMITADA, NA PROJEÇÃO DA MUSCULATURA

DA PANTURRILHA DIREITA(INTRAMUSCULAR). PROVÁVEL HEMATOMA PÓS-TRAUMÁTICO.

(SIMONE OLIVEIRA)

TERESINA - PI 22/05/2019

MÔNICA ALZIRA P DA SILVA

CPF: 227.811.103-53 CRM 3162

Profissional Responsável

Kit de Análise / Imagem / Classificação
Matrícula: 66804
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



PACIENTE: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA
MÉDICO SOLICITANTE: JOEL CAMPOS NETO
IDADE: 42a 4m 8d **SEXO:** M **PEDIDO:** 620679
CÓD. PAC: 619113 **DATA:** 02/07/2019



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

Realizados cortes multiplanares com sequências ponderadas em T1 e T2, algumas com saturação do sinal de gordura.

RELATÓRIO:

Espessamento difuso e heterogeneidade do sinal do ligamento cruzado anterior, que apresenta abaulamento dos contornos, inferindo lesão parcial prévia, destacando-se imagem nodulariforme de aspecto cístico junto à sua inserção distal, projetada na gordura de Hoffa, medindo 1,6 x 1,0 cm, que pode corresponder a proliferação sinovial nodulariforme.

Discreto edema ósseo subcortical nas eminências intercondilneas tibiais, no sítio de inserção do ligamento cruzado anterior, inferindo entesite de tração.

Espessamento, heterogeneidade do sinal e fibrilação do segmento distal do trato iliotibial, junto à sua inserção tibial, com edema e lâminas líquidas circunjacentes, sugerindo estiramento/lesão parcial prévia em cicatrização, sem descontinuidades atuais. Associa-se edema ósseo medular junto à sua inserção, denotando entesite de tração.

Báscula lateral da patela com o joelho em extensão.

Fissuras condrais profundas na região periférica da faceta lateral da tróclea femoral, com tênue edema ósseo subcondral associado.

Pequeno derrame articular.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal de RM preservados.

Demais superfícies condrais regulares.

Meniscos medial e lateral com morfologia e intensidade de sinal normais.

Ligamento cruzado posterior íntegro.

Ligamentos colaterais medial e lateral com espessura e sinal de RM preservados.

Tendão do quadríceps e ligamento patelar sem alterações.

Fossa poplíteia livre.

Ventres musculares e demais planos gordurosos sem alterações.

CONTINUA...

Enviado em: 04/07/2019 às 10:12:54 - Pedido: 620679 - Paciente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Página 1 de 2

Dr. Alessandro S. Motta CRM-4657	Dr. Ana K. C. Carvalho CRM-5071	Dr. Antônio Lúcio V. Filho CRM-2897	Dr. Caio C. D. Coene CRM-5059	Dr. Charles A. B. Veiros CRM-2954	Dr. Francisco C. de S. Júnior CRM-5062	Dr. Georj C. Rodrigues CRM-2931	Dr. Gregory R. de A. C. Branco CRM-5017	Dr. Hudson Araújo CRM-4850
Dr. Ivo L. L. Almeida CRM-5172	Dr. Isabela K. M. N. Brito CRM-5240	Dr. Joyce D. Cosme CRM-4274	Dr. João Ribeiro CRM-4958	Dr. Luciano P. Das CRM-4994	Dr. Renato de O. Pereira CRM-4188	Dr. Robert W. M. Denton CRM-0460	Dr. Teresa C. Capelato CRM-5454	Dr. Thiago M. Barbosa CRM-3542

ULTRA-X CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul

ULTRA-X JOCKEY - Rua Angelita, 318, Jockey

ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuá Rocha, 1430, 2º andar, Jockey

3194 5555

clinicaultra.com



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007241107329460000010385263>

Número do documento: 2007241107329460000010385263

Num. 10954288 - Pág. 25

PACIENTE: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA
MÉDICO SOLICITANTE: JOEL CAMPOS NETO
IDADE: 42a 4m 8d SEXO: M
CÓD. PAC: 619113 DATA: 02/07/2019

PEDIDO: 620679



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Sinais de lesão parcial prévia/estiramento do ligamento cruzado anterior, com cisto periligamentar junto à sua inserção distal e sinais de entesite de tração na sua inserção distal.
- Sinais de lesão parcial prévia/estiramento do trato iliotibial, com entesite de tração em sua inserção distal.
- Báscula lateral da patela com o joelho em extensão.
- Condropatia troclear, com discreto comprometimento do osso subcondral.
- Derrame articular.

DR CAIO CESAR DANTAS COSME
Médico Radiologista
CRM 5059

Enviado em: 04/07/2019 às 10:12:54 - Pedido: 620679 - Paciente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Página 2 de 2

Dr. Alexandre S. Malta CRM-4837	Dr. Ana K. C. Carvalho CRM-3071	Dr. Antônio Lotão V. Filho CRM-2887	Dr. Caio C. D. Cosme CRM-5059	Dr. Charles A. B. Veloso CRM-2554	Dr. Francisco C. de S. Junior CRM-0082	Dr. George C. Rodrigues CRM-2851	Dr. Greenly R. de A. C. Branco CRM-5012	Dr. Ilvane Araújo CRM-4900
Dr. Ivan L. L. Mendes CRM-8172	Dr. Isabela R. M. N. Brito CRM-5246	Dr. Joyce D. Cosme CRM-4074	Dr. Joyce Ribeiro CRM-4858	Dr. Luciana P. Dias CRM-4084	Dr. Renato de O. Pereira CRM-4138	Dr. Robert W. M. Santos CRM-2480	Dr. Tereza C. Capelato CRM-5054	Dr. Thiago M. Barbosa CRM-2942

CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul
JOCKEY - Rua Angélica, 318, Jockey
MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuá Rocha, 1430, 2º andar, Jockey
86 3194.5555
clinicaultrax.com



FACIENTE: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

MÉDICO SOLICITANTE: JOEL CAMPOS NETO

IDADE: 42a 4m 8d

SEXO: M

PEDIDO: 620680

CÓD. PAC: 619113

DATA: 02/07/2019



Ultra-X
Credibilidade em diagnósticos médicos

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO ESQUERDO

TÉCNICA:

Realizados cortes multiplanares com sequências ponderadas em T1 e T2.

RELATÓRIO:

Irregularidades subcorticais e depressão óssea do contorno ântero-medial da cabeça umeral, com extensão de 2,0 cm, relacionado a fratura de Hill-Sachs reversa.
Fratura com retificação e destacamento osteocondral da borda pósterio-inferior da glenoide, bem como destacamento do lábio glenoidal adjacente.
Espessamento e heterogeneidade do lábio glenoidal ântero-inferior, inferindo processo degenerativo, sem roturas.
Borramento hiperintenso dos tendões do supraespinhal, infraespinhal e subescapular, caracterizando tendinopatia, sem roturas.
Pequeno derrame articular glenoumeral.
Distensão líquida da subacromial-subdeltoidea.
Irregularidades e edema ósseo subcorticais na extremidade distal da clavícula, sugerindo sobrecarga mecânica local.
Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal de RM preservados.
Acrômio do tipo I de Bigliani, sem inclinação anômala significativa.
Tendão da cabeça longa do bíceps com morfologia habitual, normoposicionado no sulco intertubercular.
Ventres musculares com trofismo conservado e planos gordurosos sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Irregularidades subcorticais e depressão óssea do contorno ântero-medial da cabeça umeral, relacionado a fratura de Hill-Sachs reversa.
- Fratura com retificação e destacamento osteocondral da borda pósterio-inferior da glenoide, bem como destacamento do lábio glenoidal adjacente.
- Alterações degenerativas do lábio glenoidal anteroinferior.
- Tendinopatia do supraespinhal, infraespinhal e subescapular, sem roturas.
- Pequeno derrame articular glenoumeral.
- Bursite subacromial-subdeltoidea.
- Sinais de sobrecarga acrômio-clavicular.

DR CAIO CESAR DANTAS COSME
Médico Radiologista
CRM 5059

Emitido em: 04/07/2019 às 10:19:01 - Pedido: 620680 - Paciente: JOSÉ MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Dr. Alessandro E. S. Costa CRM-4837	Dr. Alex K. C. Carvalho CRM-8077	Dr. Afonso L. V. Filho CRM-2887	Dr. Caio C. D. Cosme CRM-5059	Dr. Charles A. B. Vilela CRM-3954	Dr. Francisco C. de S. Júnior CRM-3282	Dr. George C. Rodrigues CRM-3921	Dr. Gressley R. de A. C. Branco CRM-5012	Dr. Heitor Amâncio CRM-4860
Dr. João L. Mendes CRM-5172	Dr. Isabela R. M. N. Brito CRM-5340	Dr. Joyce D. Cosme CRM-4274	Dr. Joyce Ribeiro CRM-4859	Dr. Luciano P. Dias CRM-4834	Dr. Renato de O. Pereira CRM-4188	Dr. Robert W. M. Dantas CRM-3480	Dr. Teresa C. Cordeiro CRM-5454	Dr. Thiago W. Barbosa CRM-3542

Página 1 de 1

ULTRA-X CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul

ULTRA-X JOCKEY - Rua Angélica, 318, Jockey

ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuã Rocha, 1430, 2º andar, Jockey

86 3194 5555

clinicaultrax.com



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411073294600000010385263>

Número do documento: 20072411073294600000010385263

Num. 10954288 - Pág. 27







CENTRO MÉDICO

Cliente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA
Convênio: BEM CUIDAR
Solicitante: Dr. JOEL CAMPOS NETO
Código: 370363.04
Idade: 42 anos
Sexo: MASC
Data: 30/05/2019 13:25:00

US OMBRO ESQUERDO

O exame ultrassonográfico realizado com transdutor de alta resolução revelou:

- Tendão do supraespinhoso esquerdo com tamanho normal, contornos regulares e hipoecogenicidade difusa.
- Líquido acima do usual em bursa subacromial-subdeltóidea.
- Demais tendões do manguito rotador sem anormalidades ao método.
- Articulação acrômio-clavicular com espaço preservado.
- Grupos musculares anatômicos.

Impressão Diagnóstica:

- Tendinopatia do supraespinhoso esquerdo.
- Líquido acima do usual em bursa subacromial-subdeltóidea.

Dr. Livio Parente
CRM 213-PI


Dr. Livio Parente Filho
CRM 2271-PI

Rua São Pedro, 2285 - Centro - Teresina - Piauí - CEP 64001-260 - 86 3226.3131
CNPJ: 07.697.907/0001-09





CENTRO MÉDICO

Cliente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA
Convênio: BEM CUIDAR
Solicitante: Dr. MEDICO NÃO DEFINIDO
Código: 370363.06

Idade: 42 anos
Sexo: MASC
Data: 11/06/2019 14:19:00

U.S DO JOELHO DIREITO

O exame ultrassonográfico realizado com transdutor de alta resolução revelou:

Aumento da ecogenicidade subcutânea na região anterior e lateral do joelho direito, de aspecto pós-trauma.


Grupos musculares anatômicos.

Não há evidências de coleções líquidas demonstradas ao método.

Impressão Diagnóstica:

Aumento da ecogenicidade subcutânea na região anterior e lateral do joelho direito, de aspecto pós-trauma.

Dr. Livio Parente
CRM 213-PI


Dr. Livio Parente Filho
CRM 2271-PI

Rua São Pedro, 2265 - Centro - Teresina - Piauí - CEP 64001-260 - 86 3226.3131

CNPJ: 07.697.907/0001-09





CENTRO MÉDICO

Cliente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA
Convênio: BEM CUIDAR
Solicitante: Dr. MEDICO NÃO DEFINIDO
Código: 370363.06

Idade: 42 anos
Sexo: MASC
Data: 11/06/2019 14:19:00

U.S DO TORNOZELO DIREITO

O exame ultrassonográfico realizado com transdutor de alta resolução revelou:

Hipoecogenicidade subcutânea sugestiva de edema em tornozelo direito, notadamente na região medial.

Estruturas tendíneas visibilizadas ao exame sem alterações significativa.

Grupos musculares anatômicos.

Não há evidências de coleções líquidas demonstradas ao método.

Impressão Diagnóstica:

Hipoecogenicidade subcutânea sugestiva de edema em tornozelo direito, notadamente na região medial.

Dr. Livio Parente
CRM 213-PI


Dr. Livio Parente Filho
CRM 2271-PI

Rua São Pedro, 2265 - Centro - Teresina - Piauí - CEP 64001-260 - 86 3226.3131
CNPJ: 07.697.907/0001-09





CENTRO MÉDICO

Cliente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA
Convênio: PARTICULAR CARTÃO
Solicitante: Dr. DENISE S.M FREIRE
Código: 370363.01
Idade: 42 anos
Sexo: MASC
Data: 16/05/2019 07:44:00

TC DE TÓRAX


Realizados cortes tomográficos axiais com técnica helicoidal, com 7mm de espessura e incremento, antes e após a administração endovenosa do meio de contraste, que demonstra:

- Opacidades reticulares, que sugere natureza fibroatelectásica em ápice direito.
- Aumento da transparência no segmento posterior do lobo superior do pulmão direito, que pode sugerir aprisionamento aéreo.
- Nódulo com densidade de partes moles de contornos regulares no segmento ápico-posterior do lobo superior do pulmão esquerdo, medindo 0,9 x 0,7cm.
- Recessos cardíaco e costofrênicos permeáveis.
- Traquéia e brônquios fontes permeáveis.
- Imagem cardíaca dentro dos limites da normalidade.
- Estrutura óssea preservada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Opacidades reticulares, que sugere natureza fibroatelectásica em ápice direito.
- Aumento da transparência no segmento posterior do lobo superior do pulmão direito, que pode sugerir aprisionamento aéreo.
- Nódulo com densidade de partes moles e aspecto inespecífico no lobo superior do pulmão esquerdo.

Dr. Livio Parente
CRM 213-PI


Dr. Livio Parente Filho
CRM 2271-PI

Rua São Pedro, 2265 - Centro - Teresina - Piauí - CEP 64001-260 - 86 3226.3131

CNPJ: 07.697.907/0001-09





Centro de Diagnostico por Imagem
 Sua saúde em primeiro lugar

CONSULTAS • EXAMES • FISIOTERAPIA

(86) 3220-2804 (86) 98814-1050

Parque Piauí - Teresina - PI - Quadra 40 Casa 18 - Por trás do CSU - Antiga Clínica Ortopédica

Nº ORDEM.....: 5697

NOME.....: JOSÉ MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO...: 14/05/2019

CONVÊNIO: PARTICULAR

DATA REALIZ: 14/05/2019

IDADE: 42 anos

CRM: -PI

CÓDIGO: 45317

RX TÓRAX

O estudo radiológico do tórax realizado nas incidências em PA e perfil, demonstra:

- Campos pulmonares de transparência normal.
- Hilos e trama vascular pulmonar conservados.
- Ângulos e cúpulas diafragmáticas livres.
- Seios costofrênicos livres.
- Mediastino sem alterações.
- Coração de configuração e dimensões normais.
- Estruturas ósseas sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Estudo radiológico do tórax dentro dos padrões da normalidade. ✓

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CRM 1341-PI
Radiologia





CENTRO MÉDICO
JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA^{ARENTE}

SOLICITO

1. RM DO JOELHO DIREITO
2. RM DO OMBRO ESQUERDO

Teresina, 01/07/2019

Dr. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA - CRM 1930

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA
CRM-SP 15381 / CPF: 338.251.112-25

Rua São Pedro, 2265 - Centro - Teresina - Piauí - CEP 64001-260 - 66 3228.3131
CNPJ: 07.697.907/0001-09





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.993.018	DATA DE EXPEDIÇÃO	02/06/16
NOME	JOSÉ MAURO SILVINO DE OLIVEIRA		
RELACÃO	ANTONIA SILVINO DE OLIVEIRA JOSÉ GOMES DE OLIVEIRA		
NATURALIDADE	BARRAS-PI	DATA DE NASCIMENTO	23/02/1977
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 27979 L 28 F 105		
EXP	BARRAS-PI 06/05/10		
CPF	867.653.103-04	<i>Manoel Pereira</i> ASSINATURA DO DIRETOR	
	0888561		

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 85.256/83





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013603806874
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 01122579311 2019

NOME
JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

CPF - CNPJ PLACA
86765310304 PIS-1338

PLACA ANT. / LE Nº CHASSI
9C7KC2200HR009149

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO ANO FAB ANO LIC
HONDA/CG 160 FAN ESDI 2016 2017

CAP. POT. / cil CATEGORIA COR PREDOMINANTE
02P/0162CC PARTICU PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
1º IPVA

FADA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO
3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00
PREMIO (R\$) 000,00
PREMIO TOTAL (R\$) 000,00
DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES
A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON
DA NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

REGENERACAO LOCAL DATA
01/03/2019

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

PI Nº 013603806874 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 01/03/2019

VIA 000-RENAVAM CPF / CNPJ PLACA
1 86765310304 PIS-1338

01122579311 HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB ANO LIC Nº CHASSI
2016 09 9C2KC2200HR009149

PREMIO TARIFARIO
000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$) SEGURO (R\$)

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 084,58 (R\$)

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 084,58 (R\$)

PAGAMENTO DATA DE PAGAMENTO
X COTA UNICA PARCELADO 27/02/2019

SEguradora Líder - DPVAT
CNPJ 06.248.606/0001-04



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473074/19

Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

CPF: 867.653.103-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/05/2019

Titular do CPF: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA : 867.653.103-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000049 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE JOELHO DIREITO E FRATURA DE GLENOIDE ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 80), EXTENSÃO(ADM 40), ABDUÇÃO (ADM 80)E ADUÇÃO (ADM 20) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR. NO JOELHO DIREITO, APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80°), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA DO OMBRO ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM AGOSTO DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000049 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO COM LESÃO DA GLENOIDE, TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X DOC PÁG. 11 12 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: José Mauro Silveira De Oliveira			
RG: 8.993.018	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 02/06/16	
CPF: 867.653.103-04	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Vigilante	
ENDEREÇO: RS Torquato Neto			Nº:
COMPLEMENTO: Casa	BAIRRO: Esplanada		
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64030-550	TELEFONE :

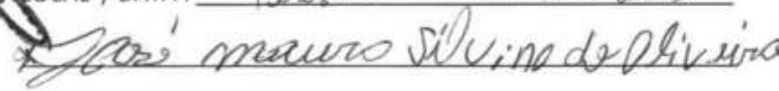
OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES			
RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSS/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14	
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	PROFISSÃO: RECUSO	
ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO			Nº: 544
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: TERESINA	UF: PI	CEP: 64000-235

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

José Mauro Silveira De Oliveira

Data do acidente de trânsito : 22/05/2019

Cobertura da vítima : Invalidez

LOCAL / DATA : teresina 27/12/2019


(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE SEI!

CARTÓRIO TERESINENSE DE NOTAS
OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Lins de Vasconcelos, 101 - Centro - Teresina - PI - CEP: 64000-000
 Fone: (86) 3222-1111 - Fax: (86) 3222-1112
 E-mail: cartorio@teresina.pi.gov.br - www.teresina.pi.gov.br

RECORREDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSÉ MAURO SILVEIRA DE OLIVEIRA, DOU FE, EM TERESINA - PI, 27/12/2019
 www.tjpi.jus.br/portal/online
 Selo: AAP96891-9700

KATIA GARDENIA DA SILVA SAUTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA
 Matrícula: 13.956.701-07 FONE: (86) 3222-1111 FAX: (86) 3222-1112
 Rua Lins de Vasconcelos, 101 - Centro - Teresina - PI - CEP: 64000-000

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

OP: 11



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473074/19

Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

CPF: 867.653.103-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/05/2019

Titular do CPF: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA : 867.653.103-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200000049**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Residencial Torquato Neto II, SN - Teresina - PI - CEP 64039-556

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1993018**

Data e local do acidente: [**22/05/2019**]

BR 316 KM 7 BAIRRO BELA VISTA TERESINA PI

Data e local do exame: [**09/01/2020**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA DE JOELHO DIREITO E FRATURA DE GLENOIDE ESQUERDA.

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

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 80), EXTENSÃO(ADM 40), ABDUÇÃO (ADM 80)E ADUÇÃO (ADM 20) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR. NO JOELHO DIREITO, APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80º), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

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

[] Sim [] Não

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

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA DO OMBRO ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM AGOSTO DE 2019.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

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

Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem seqüela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):
Joelho direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Seqüela):
Ombro esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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


Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

