

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Mensagens, Audiências, Consulta proce..., PJ 0813150-10-20..., Download file..., (27) WhatsApp...

Address bar: Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=520352&ca=ff7bcb411ef716047fc4...

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

PJE ProceComCiv 0813150-10.2020.8.18.0140
PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCI...

11927775 - CONTESTAÇÃO (2750723 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 16/09/2020 09:11:41

16 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11927774 - CONTESTAÇÃO
- 11927775 - CONTESTAÇÃO (2750723 CONTESTACAO 01)
- 11927778 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 11927781 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 11927783 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 11927784 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08131501020208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DNVAT em caso de invalidez especial de...

PT 09:11 16/09/2020



Número: **0813150-10.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **10/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA (AUTOR)		IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11927778	16/09/2020 09:11	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200055628

Vítima: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO CEZAR RODRIGUES 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 15474536





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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200055628

Vítima: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 30/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO CEZAR RODRIGUES 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: **PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **004**

Agência: **00000056**

Conta: **000002911-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 817 778 761 68 3 - CPF da vítima: 817 778 761 68 4 - Nome completo da vítima: Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira 6 - CPF: 817 778 761 68 7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: R. D. Costa 19, Pq. Fátima, Alho 9 - Número: 19 10 - Complemento: 11 - Bairro: Santa Maria da Cedipi 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-377 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 98 99423 8073

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 POUÇANÇA (somente para os bancos abaixo. Assine e uma opção)

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

AGÊNCIA: 056 CONTA: 2911 7

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: 056 CONTA: 2911 7

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (seu nascido)? ☐ 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - 03/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000262/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora início do Registro: 06/01/2020 13:58 Data/Hora Fim: 06/01/2020 14:23
Delegado de Polícia: Erika Mourão Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Atelo: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 30/10/2019 17:20

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: Avenida Presidente Kennedy

Bairro: Piquetaria
Nº: 3736
CEP: 64.058-310

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AU TÔMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA (VÍTIMA - COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Nacionalidade: PI - Local de Nascimento: Sexo: Masculino Nascimento: 12/10/1976
Profissão: Motorista
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Joaquina Rodrigues dos Santos Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 617.778.701-88

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: QUADRA D, CASA 49
Bairro: SANTA MARIA

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motuneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 396.130.823-00	Placa: PID7555
Renavam: 01065107487	Número do Motor: JC41E1E407838
Número do Chassi: 9C2JC4110ER407838	Ano/Modelo Fabricação: 2014/2014
Cor: VERMELHA	UF Veículo: Piauí
Município Veículo: Teresina	Marca/Modelo: HONDA CG 125 FAN X8
Modelo: HONDA/CG 125 FAN X8	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Meio Empregado

Delegado de Polícia Civil: Erika Mourão Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralino Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 06/01/2020 14:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000262/2020

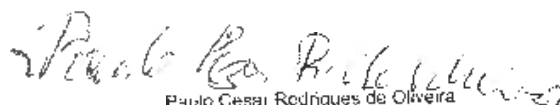
Última Atualização Denatran	07/08/2014	Situação do Veículo	ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos		
Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira	Possuidor		

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA EM ENDEREÇO CITADO, QUE DEVIDO PERSEGUIÇÃO DE DOIS INDIVÍDUOS A VITIMA PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO E COLIDIU COM UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O H.U.T. DECLARAÇÕES PRESTADA PELA VITIMA.

ASSINATURAS

Aimilice Ribeiro Lebre Carlos
Escritório
Matrícula 0097616
Responsável pelo Atendimento


Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira
(Comunicante - Vítima)

*Declara para os devidos fins de direito que sou o(a) titular e responsável pelo veículo acima descrito e que sou o único responsável pelo veículo declarado, que de acordo com o artigo 339 do Código de Processo Penal e o artigo 339 do Código de Processo Penal, sou o único responsável pelo veículo declarado.

Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Aimilice Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 06/01/2020 14:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 817 778 761 68 3 - CPF da vítima: 817 778 761 68 4 - Nome completo da vítima: Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira 6 - CPF: 817 778 761 68
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Av. D. Carlos R. F. F. Filho 9 - Número: 19 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Maria da Cadeia 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012 377
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 98 99423 8073

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:

Declare, 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\$1.000,00 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 POUÇANÇA (somente para os bancos abaixo. Assine e uma opção)

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

AGÊNCIA: 056 CONTA: 2911 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: 056 CONTA: 2911 7
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (seu nascido)? ☐ 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - 03/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/09/2020 09:11:40

http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091609114050900000011289035

Número do documento: 20091609114050900000011289035

Num. 11927778 - Pág. 6

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:	13/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00056

CONTA: 000000002911-7

Nr. da Autenticação 152226D6647E7199



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

Imp: 30/10/2019 19:31:31

(User: JUCILEIA AGUIAR)

(Setor: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA		Prontuário: 163509
Mãe: JOAQUINA RODRIGUES DE OLIVEIRA		Pai: ARIOSVALDO GOMES DE OLIVEIRA
End. Resid.: QD D CASA 19 - SANTA MA. CODIFI - TERESINA - PI - CEP: 64000-030		
Nascimento: 12/10/1976	Idade: 43a0m18d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9533-7448
Responsável: PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA		CNS: 706907148267639
Profissão: MOTORISTA		Documento: CPF: 817.778.761-68
Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Casado(a)
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 749281	Data: 30/10/2019 19:25:32	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Sim	Acid. Trajeto: Sim	Acid. Trab. Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor moderada	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. CONSCIENTE, ORIENTADO. NEGA TRAUMA CEFÁLICO DO TORÁCICO, RELATA ESTAR DE CABEÇA NO MOMENTO DO OCORRIMENTO. REPETE DOR EM MSD. NEGA OUTRAS QUEIXAS. DESACOMPANHADO.			Profissional Clas. Risco:  JUCILEIA AGUIAR DA SILVA COREN 177884 Em: 30/10/2019 19:31:30

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Teresa Raquel Peretade Sousa Lape
Matrícula: 059234
SAME - HUT
Contato: 011-0111

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /

HORA: :

Procedimento

CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/09/2020 09:11:40

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091609114050900000011289035>

Número do documento: 20091609114050900000011289035

**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

OKTOP

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 30/10/2019 19:44:11

User: GILBERTO

(Estação: CONSULPAD3)

Nome: PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA		Prontuário: 163509	
Mãe: JOAQUINA RODRIGUES DE OLIVEIRA		Pai: ARIOSVALDO GOMES DE OLIVEIRA	
End.Resid.: QD D CASA 19 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-030			
Nascimento: 12/10/1976	Idade: 43a0m18d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9533-7448
Responsável: PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA		CNS: 706907148267639	
Profissão: MOTORISTA		Documento: CPF: 817.778.761-68	
Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 749281	Entrada: 30/10/2019 19:25:32	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforma Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. CONSCIENTE, ORIENTADO. NEGA TRAUMA CEFALICO OU TORACICO, RELATA ESTAR DE CAPACETE NO MOMENTO DO OCORRIDO. REFERE DOR EM MSD. NEGA OUTRAS QUEIXAS. DESACOMPANHADO.		JUCILEIA AGUIAR DA SILVA COREN 177884 Em: 30/10/2019 19:33:58

SSVV: (Hora: ____:____)			
so: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	INC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm
Pressão: mmHg			

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO(MOTO/MOTO) COM USO DE CAPACETE, HÁ APROX 30 MIN. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, RINORRAGIA, OTORRAGIA. APRESENTA LESÃO EM MÃO DIREITA. REFERE DOR EM MÃO DIREITA.	
A) VIAS AERÉAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL(RETIRADO PELO PROPIO PCT) E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE, ; SRA; SATOS2 - PA: 150/100MMHG C) BNF, RR, 2T; ABDOME GLOBOSO, INDOLOR À PALPAÇÃO; PELVE ESTÁVEL; D) PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15. E) DOR EM MÃO DIREITA	
Teresa Raquel Pereira de Sousa Lajão Matrícula: 159234 SAME HUT Confere com Original	

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares: (1348649) - MÃO DIREITA (1348650) - PUNHO DIREITO

Prescrição Médica: TRAMADOL 50mg - Q1 AMP + SF 0,9% 100mL, IV, AGORA
--

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

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 30/10/2019 19:44:10

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/09/2020 09:11:40

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091609114050900000011289035

Número do documento: 20091609114050900000011289035

Num. 11927778 - Pág. 10

NOME PAULO CESAR RODRIGUES		IDADE 48 anos	DATA 02/11/2019
HORÁRIO DE ADMISSÃO 15 hs 10 min		TIPO DE ANEST. GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO	
CIRURGIA REALIZADA fratura punho		CIRURGIÃO	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	144/85	144/67
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	114	88
BATURAÇÃO DE O ₂ (%)	93	96%
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	Elena	Elena

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	TOTAL	ASS.

SONDA VESICAL		() DRENO DE SUÇÃO		() DRENO TORÁCICO		() DVE		() COLOSTOMIA		SONDA () NASOG () NASOE	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

15:10h Admitido na PPV no pos de fratura radio distal (D). Sob efeito de Bp3 + sedação. Sem estado oprel.

para Cheyza 12/11/19

RAIO-X REALIZADO
DATA 02/11/19 HORA
TÉCNICO

Teresa Raquel Pereira de Sousa
 Matrícula 059236
 SAMBA-HUT
 Conferência em 02/11/19

PREScrição MÉDICA	ALTA SRPA
	Caio César S. de Castro Noleto Anestesiologista CRM 1285 ANESTESIOLOGISTA
ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()	HORÁRIO 17h Jony Gento
POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEO () CIR () MÉD	





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 250704
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA	6 - Prontuário: 163509		
7-CNS: 705907148267639	8-Nascimento: 12/10/1976	9-Sexo: Masculino	CPF: 817.778.761-68
11-Mãe: JOAQUINA RODRIGUES DE OLIVEIRA	12-Fone: 86- 9533-7448		
13-Resp: PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA	14-Fone: 86- 9533-7448		
15-Endereço: QD D CASA 19 - SANTA MÃ, CODICI - CEP: 64000-030			
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-030

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod. Proced. Princip.: 0408020407	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	
31-Cod. Procedi- mento Especial 0702030996	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- data: 1
Fornecedor da OPM: SPINE		

38-Profissional Responsável: MERGIEL BARBOSA BEZERRA	40-Tp. Documento: CPF	
39-Data Solicitação: 02/11/2019	40-No. Doc. Med. Soli.: 809.651.803-87	
41-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Teresinha Pereira de Sousa Lima Matrícula: 058234 SAÚDE HUT Conferência Original		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 02/11/19	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Eq. Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 02/11/19	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Eq. Conselho)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 257177
	AIH: 2219102330005
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 706907148267639	NOME DO PACIENTE PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA	NASCIMENTO 12/10/1976	SEXO M	PRONTUÁRIO 163509
DOCUMENTO CPF 8699151152	TELEFONE 8699151152	NOME DA MÃE JOAQUINA RODRIGUES DE OLIVEIRA	RESPONSÁVEL PAULO CESAR	
CEP QDAR D	ENDEREÇO - LOGRADOURO QDAR D		NÚMERO / LOTE 19	
BAIRRO PARQUE FIRMINO FILHO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITÍMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CIRURGICA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO, RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S22.5 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFÍSE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) Teresa Raquel Pereira de Sousa Lopes Matrícula: 059234 SAME - HUT CRM: Conferência Original
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 30/10/2019
DATA ADMISSÃO 30/10/2019 19:25	DATA ALTA 03/11/2019 09:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIANA RIBEIRO FORMIGA ROCHA CPF: 46261079313 CRM: DATA ANÁLISE: 30/10/2019 20:52:19	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE / AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF CRM DATA ANÁLISE
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

257177

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	250704

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA	5 - Prontuário: 163509
7-CNS: 706907148267639 B-Nascimento: 12/10/1976 9-Sexo: Masculino CPF: 617.778.761-68	12-Fone: 86- 9533-7448
11-Mãe: JOAQUINA RODRIGUES DE OLIVEIRA	14-Cor: Parda
13-Resp: PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA	
15-End: QD D CASA 19 - SANTA MA. CODICI - CEP: 64000-030	
16-Munic: TERESINA 17-Cod. IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-030	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: FRATURA DE RÁDIO DISTAL D	
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO CIRURGICO	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): EX	
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da extremidade distal do rádio	24-CID Prim: S52.5 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:
28-Cod.Proced.: 0408020407 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	Tempo SUS: 2

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lapa
Matrícula: 059234
SANE - HUT
Coordenadora Geral

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29-Clinica: 02 30-Caráter: Ident.: 01 31-Docum.: CPF 32-Doc. Méd. Solic.: 809.651.803-87	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: BERGIEL BARBOSA BEZERRA	34-Data Solicitação: 30/10/2019
	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 09/12/19	
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: 		Usuário: (BERGIEL BEZERRA) Consulta Local: 749281 Consulta SUS: Impressão: 30/10/2019 20:28:52





Estado de São Paulo
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº 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		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome	15 Sexo			
Tipo de Ocorrência	16 Data	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	18 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	19 Víti	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais vitais	
Exame Físico	25 Local da lesão				
	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de dor	
Assistência	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino		
	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Observações interdisciplinares		

Responsible pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Georgina Rocha da Paz
Téc. de enfermagem
CORAN-PI 686.107

Enfermeiro
Condutor

Versão: 27.11.2011



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Paulo César Rodrigues de Oliveira*
Diagnóstico pré-operatório *Fratura de Rádio distal Direita*
Operação - Tipo *Osteossintese*
Cirurgião *Dr. R. B. Pereira* 1º Assistente
2º Assistente *Dr. C. M. P.* 3º Assistente
Instrumentador(a) *Jackson* Anestesista *Dr. L. F.* Anestesia *bloqueio + sedação*
Anestésico(a)
Data da Operação *02.11.2020* Início *14:20h* Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

*Pele em boa cond. com antissepsia
Anestesia e antissepsia da região
Incisão vertical em pele
Exposição da fratura do rádio distal com
placa "T" 3.5mm nos antecubitos
Fechamento por planos
Curativo*

Teresa Raquel Pereira de Sousa Lages
Matrícula: 056234
SAME - HUT
Confere com Orm

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO		
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICÊMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES	
	3						
LIQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 SANGUE 300 OUTROS 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2 200 190 180 1 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO	38						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARITICULARIDADES							

MOD 76 - HUT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 96 3219 3445
TERESINA-PI CEP: 64011-710 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 163509)
Endereço: QD D CASA 19 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-030
Nascimento: 12/10/1976 Idade: 43a0m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 749281
Requisição: 1018778 Solicitação: 30/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1348649 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 30/10/2019

MAO DIREITA

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

- Fratura na base do 5º metacarpiano.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 04/11/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.523-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa /rpe
Matrícula: 059234
SANE - HUT
Conferência Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1833 - Redenção - Fone: 98 3238 3445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 163509)
Endereço: QD D CASA 19 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-030
Nascimento: 12/10/1976 Idade: 43a0m24d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 250704
Requisição: 1019894 Solicitação: 02/11/2019 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 1351093 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 235 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 02/11/2019

PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura recente alinhada no rádio distal fixada com placa e parafusos metálicos.
- Tala gessada.

Conclusão: Controle de osteossíntese.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 05/11/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Teres. Rafael Pereira de Sousa
Matrícula 059234
SANE - HUT
Confere com Data





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PAULO CESAR RODRIGUES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 163509)
Endereço: QD D CASA 19 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-030
Nascimento: 12/10/1976 Idade: 43a0m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 749281
Requisição: 1018778 Solicitação: 30/10/2019 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1348650 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 30/10/2019

PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na metáfise distal do rádio.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 04/11/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPE: 227 628.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

Teresa Raquel Pereira de Sousa L.,
Matrícula 059234
SAMB - HUT
Conferência Ortópedica





CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Unidade: H. Mat. Satélite

Nome: PAULO CEZAR RODRIGUES OLIVEIRA

Data do exame: 21/11/2019

Id Paciente: HS797240

Data do laudo: 22-11-2019

Raio X de Punho Direito

- controle evolutivo de fratura no rádio distal fixada com placa e parafusos metálicos
- fratura cominutiva na base do quinto metacarpo
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem particularidades.

Dr. Leonardo do Rego Motta Veloso
Médico Radiologista
CRM-PI: 3013





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - PI 9020170573013 Nº 013937327346 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	1065107487		2019
NOME PAULO RODRIGUES DE OLIVEIRA			

CPF / CNPJ		PLACA	
39613062300		PID-7555	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
		9C2JC4110ER407838	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLO/NEHUNA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS		2014	2014
CAF / POT / CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
002P/124CC	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
			1º IPVA
FRAÇÃO ÚNICA		PARCELAMENTO / COTAS	
		2º	
		3º PAGO	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	ICF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO	PAGO		
OBSERVAÇÕES			
A/FID ADMINISTRADORA DE CONS M			
TERESINA		DATA	
7/6/2019			
ARÃO MARTINS DO REGO LOPES DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI			





IDENTIFICACIÓ

IDENTIFICAÇÃO
VITIMA: Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira
DATA DO ACIDENTE: 30/10/81 EXP DA VITIMA: 817 778 761-68
LOCAL DO ACIDENTE: PROTEÇÃO DA INCURSIONADO PC 1.259 301 322 Pí - CR 817 778 761-68
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: VITIMA REPRESENTANTE: LEGAL, CLIO INABASTESCO COM
VITIMA E: Paulo Cesar Rodrigues de Oliveira Filho
ENDEREÇO DO PORTADOR: Rd. Casa 19 Pq. Granjeiro Filho
Bairro: Sto. Manoel
Cidade: Tepeco Nº: 19 Complemento: _____
UF: Pí CEP: 64012 317
TELEFONE: (81) 9 9423 8073

ANALYZE THE PLAN CARE, COLLECTING INTERESTS:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE DO LOCAL DO FATO, OBRIGATORIO PARA TODAS AS CASAS
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CRIANCA OU NASCIMENTO OU CERTIDAO DE CASAMENTO OU CERTIDAO DE
- TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HAIR, TACAO, COPIA SIMPLES E LEGIVEL
- (X) CPF DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGIVEL)
- () LAUDO DO IML, COMPARTECIMENTADA E LEGIVEL
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARACAO DE AUTENTICIDADE DAUADO DO IML
- ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATIRO DO MEDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE QUANDO A DECLARACAO
- DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA ORIENTADA
- (X) BOLETEM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM AMPLA ATUALIZACAO (COPIA SIMPLES E LEGIVEL)
- (X) COMPONENTE DE RES CORDAO EM NOME DA VITIMA RESERVADO E LEGIVEL OU DECLARACAO DE RESIDENCIA
- (X) ORIGINAL
- (X) AUTORIZACAO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INVEZACAO DA VITIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM
- OS DADOS BANCARIOS, TALS COMO COPIA DE FOLHAS DE CHEQUE OU CARTAS BANCARIAS

COMPONENTES COMPONENTES - DVA 107 PERMANENTE

- () CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU QUATRO FRAÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- NOTA: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM TEM REPRESENTAÇÃO VOTIVA MENOR DE 04 (QUATRO) ANOS, PODENDO SER PAI OU MÃE

INCIDENTS BEING DAMS

- () RESULTADO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL NACIONAL (SINOPSE E LAUDO)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CONTEÍDADE
- () TITULAR DO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM CONSEQUÊNCIA DO ATENTADO E O TRATAMENTO DO LESADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CONTRAVALORES (CONTINUA E LEGÍVEL) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPEDALARES REALIZADAS
- () NOTAS FISCAIS (CONTINUA E LEGÍVEL) DE FARMACIA, LABORATÓRIOS DO RESPECTIVO RECEBIMÉNTO MATERIAL MÉDICO, RÓTULA
- () CONTRAVALORES DE RESCISÃO EM NOVA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU RESCISÃO DE RESCISÃO
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO (CÓPIA DE IMPRIMATO DA VÍTIMA (CONTINUA), COM DOCUMENTOS QUE
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE DANOS MATERIAIS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO DE DÉBITO

POC METROS COMPIEMENTARES - DMS

- [illegible]

INFURMAÇÕES IMPORTANTES

- [illegible]

DOCUMENTACIÓN ENTREGUE

DATA 03.02.2020
 QUANTIDADE 1.259,304 532,71
 ASSINATURA Paulo Roberto de Souza
 DATA _____ NOME _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200055628 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO À DIREITA.
FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (RÁDIO: PLACA E PARAFUSOS), CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200055628 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 30/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO À DIREITA.
FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (RÁDIO: PLACA E PARAFUSOS), CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0045697/20

Vítima: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA

CPF: 817.778.761-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/10/2019

Titular do CPF: PAULO CEZAR
RODRIGUES DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA : 817.778.761-68

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: 03/02/2020
Nome: PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA
CPF: 817.778.761-68

PAULO CEZAR RODRIGUES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/02/2020
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

