

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.000/0001-00 - Ins. Estadual: 19.057.381-3
Vista Pádua - Conta de Energia Semelhante - Saneamento
Regime Especial de Impostos autorizada pela SEFAZ do PI

Nº da Nota Fiscal: 029074335

Endereço: Rua de Energia Saneamento - TMEC no centro
Sala 01 - 10.438 de 20 de abril de 2002.

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00064017317391
CEP: 04.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	DATA	DADOS DA LEITURA	DATA
21824	24/10/2019	24/10/2019	24/10/2019
21430	24/09/2019	25/11/2019	25/11/2019
1.000	25/11/2019	23/10/2019	23/10/2019
394	23/10/2019	24/10/2019	24/10/2019
394	24/10/2019	30	30
FCAM			
NORMAL			

Classe/Serviço	Ligação	Medidor	Medida	Medida 22 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740	3.5.3.1	210

HISTÓRICO KWH	CONSUMO	VALOR
SET/19	368	372,30
AGO/19	285	30,03
JUL/19	222	0,57
JUN/19	205	0,13
MAI/19	204	7,18
ABR/19	178	1,67
MAR/19	243	4,70
FEV/19	297	3,12
JAN/19	365	
DEZ/18	57	

ATENÇÃO: O DEBÍTORE DEVE PAGAR A FATORIA DE CREDITO EM 15/10/2019
LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA O PAGAMENTO VENCIMENTO 15 10 15 20 25
Parceiros! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO: 9781.7EAF.1F83.0845.69C0.84BF.0DDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA	VALOR	IMPOSTOS CONTRIBUIÇÕES	VALOR
Distribuição	73,20	Base de Cálculo	372,30
Energia	141,46	Imposto ICM	27,00%
Transmissão	23,93	Valor do ICM	100,52
Encargos	11,71	Valor do PS	1,40%
Taxas	121,98	Valor do COFINS	6,49%
			17,64

INDICADORES DE CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00
Consumo	TERESINA - MACABRA						

ROT: 17.001.31.11.020500

SFQ CODIGO: 0051869-7
TOTAL A PAGAR - R\$: 411,88

HISTÓRICO: 10/2019
VENCIMENTO: 31/10/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.000/0001-00 - Ins. Estadual: 19.057.381-3

Nº da Nota Fiscal: 029074335 FCAM

336500000004 4 11880017000 3 000000000051 3 86971019000 1



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/BIBLIOTECABWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roge Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Pedro Pinheiro De Sampaio Sousa Filho inscrito
(a) no CPF sob o Nº 273.261.603 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima
Pedro Pinheiro De Sampaio Sousa Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 273.261.603 / 68, 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	<u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email				Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
					<u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina, 36 de Janeiro de 2020

Local e Data

Nelle Roge Soares Marques

Assinatura do Declarante



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Pedro Pinheiro Sousa Filho

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 225097

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1828 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPEDIA**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

23/09/19
09:00

Imp: 20/09/2019 21:22:53
(User: MATHEUS VILARINHO)
(Estação: CONSULPA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO		Prontuário: 225097
Mãe: MARIANA XAVIER DE SOUSA		Pai: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA
End. Resid.: RUA LOURIVAL MESQUITA 1206 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 14/10/1957	Idade: 61a11m6d	Sexo: Masculino Fone: 86-99999-9947
Responsável: ANA AMELIA		CNS: 898050066255858
Profissão: GERCEIRO		Documento: CPF: 273.261.603-68
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 742449	Entrada: 20/09/2019 21:07:55	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
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: Hemorragia menor incontrolável	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-ANIMAL, A 40 MIN. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, EUPNEICO. REFERE DOR EM MIE, APRESENTA LESÃO CORTO-CONTUSA EM COXA E. NEGA TRAUMA CEFÁLICO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.		JUCILEIA AGUIAR DA SILVA COREN 177884 Em: 20/09/2019 21:12:05

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 VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-ANIMAL, A 40 MIN. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, EUPNEICO. REFERE DOR EM MIE, APRESENTA LESÃO CORTO-CONTUSA EM COXA E. , LACERAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO. NEGA TRAUMA CEFÁLICO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. SAT: 95 ; PA: 120/ 75

EXAME FÍSICO:

- A) VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICA SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE;
- C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, Pelve ESTÁVEL;
- D) PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15.
- E) LESÃO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Diagnóstico Inicial:
Corpo estranho no saco conjuntival

CID:
T151

Exames Complementares:

- (1315082) - JOELHO ESQUERDO
- (1315083) - TORNOZELO ESQUERDO
- (1315084) - PERNA ESQUERDA

Prescrição Médica:

- 1- Tilatil 1 amp + AD, EV agora
- 2- Naproxena 1 amp + AD, EV agora

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Ana Amélia Batista Sousa
Assinatura Paciente ou Responsável

MATHEUS VILARINHO SERRA
CRM 7423 Em: 20/09/2019 21:22:51

Osteopatia 20/09/19 22:34

Pet utero ~~acidente~~ metacartilago
relacionado com trauma no joelho e
fêmur E.

Fêmur do antebraço joelho E.
Joelho interno intergesso ao osso fêmur.
neovascularização

Ex. Fratura malleolo lateral (fibula E)

Joelho - um nódulo de fraturas com
unificação

Ex. ① localizada à direita.

② retorno à ortopedia

Ex. internação após

Dr. Leocadio Soares
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Leocadio Soares
Ortopedia e Traumatologia

Ex

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Renato RIBEIRO DE SAUS

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de fêmur

Operação - Tipo

Redução da fratura

Cirurgião

Dr. Carlos Augusto Nunes Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 2012-1007-12135

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura de fêmur
e tibia

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Não

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Realizada em 03 de Agosto de 2012, às 14h30min, no Centro Cirúrgico, sob anestesia geral, acesso ao 4º espaço intercostal, redução da fratura de fêmur e tibia, com 4 pontos de sutura, fechamento da ferida com 4 pontos de sutura.

Daniel Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM: 2012-1007-12135

Orelopia 20/08/19 22:34

Pet utero acidente motor acintoso
crusando com trauma em joelho e
gama E.

Ferimento contuso joelho E.
aparelho interno interger ao carne fima.
neurovascular preservada

Rx - Fratura malleolo lateral (fibula E)

Rx pulso - sem sinais de fraturas ou
incongruência

co: ① encaminha à cirurgia.

② retorno à ortopedia
p/ internação cps

Dr. Leocadio Soares
Ortopedia e Traumatologia
Julio Soares
Ortopedia e Traumatologia
17400

Dr. Leocadio Soares
Ortopedia e Traumatologia
17400
Lec

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE Pedro Pinheiro Sampaio Sousa Filho				Nº DE REGISTRO 61a			
DATA: 21/09/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO APA em anexo ASA I.					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO sem alergias. Unregião prévia					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO sp - exames = OK.				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL sem = OK				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) Cuidazolam 0,1% - 3mg				APLICADO AS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 MDZ 0,1% - 3mg 2 Cetamida - 25mg 3 Lidazolam 0,1% - 3mg					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100					BSA 4 Bupivacaína 10mg 8 Diprovera 20 60mg	
TEMPERATURA T	Cº	260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10					SEQUÊNCIA
P. ARTERIAL V O PULSO	38	1 chetacemide 2 momeizaca 3 BSA semioide 4 sac - antipresc 5 sac - antipresc 6 sac - antipresc 7 xidre alcedice 8 puxa lombar 9 puxa lombar 10 puxa lombar 11 puxa lombar 12 puxa lombar 13 puxa lombar 14 puxa lombar 15 puxa lombar					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		15:30 17:30					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		15:30 17:30					
RESPIRAÇÃO O		15:30 17:30					
SÍMBOLOS						DURAÇÃO	
TÉCNICAS Rapui anestesia + sedação						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES Tto cirurgico de fratura de fíbula +						BSA 1 Adjuvantes 2 Diprovera 20 3 Dexamestasona 4mg 4 Ondansetrona 4mg 5 Tenoxicam 40mg	
CIRURGIÕES Dr. D. D. D.						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
ANESTESISTAS Dra. Danielle D. Magalhães Anestesiologista CRM-PI 7568						5 Remetido 30mg	
PARITICULARIDADES SI interconectadas							

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Pedro Pinheiro Fompaio Sousa Filho</i>					Nº DE REGISTRO <i>61a</i>	
DATA <i>31/09/19</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>ASA em anexo ASA I.</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>sem alergias. Análises prévias</i>					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO <i>Sp - Exames = OK.</i>					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL <i>Jejum = OK</i>					CORTICOIDES	ATARAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <i>Cuidazolam 0,1% - 3mg</i>					APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
OXIGÊNIO 1 <i>MD201</i> 2 <i>Cetamib</i> 3 <i>Cetamib</i>		<i>5:30</i> <i>17:30</i> <i>60hp</i>				
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 SANGUE 300 OUTROS 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA T		C° 260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO		38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		INÍCIO E FIM OPERAÇÃO				
RESPIRAÇÃO O		RESPIRAÇÃO				
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				
TÉCNICAS <i>Rapida anestesia + sedação</i>		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES <i>Tto analgésico de fr. fibular</i>		Adjuvantes Dipirona 2g Dexamestosona 4mg Ondansetron 4mg Tenoxicam 40mg				
CIRURGIÕES <i>Dr. D. D. D.</i>		CONDIÇÕES POS-OPERATÓRIO IMEDIATAS Remetido para				
ANESTESISTAS <i>Dr. Daniele D. D. D. Anestesiologista CRM-PI 7568</i>		PARITICULARIDADES <i>SI interconexões</i>				

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 20/09/2019 21:12:06

(User: JUCILEIA AGUIAR)

(Estação: ACCB01)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO		Prontuário: 225097
Mãe: MARIANA XAVIER DE SOUSA		Pai: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA
End. Resid.: RUA LOURIVAL MESQUITA 1206 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 14/10/1957	Idade: 61a11m6d	Sexo: Masculino Fone: 86-99999-9947
Responsável: ANA AMELIA		CNS: 898050066255858
Profissão: GERCEIRO		Documento: CPF: 273.261.603-68
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 742449	Data: 20/09/2019 21:07:55	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
		Convênio: S U S
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MAIOR	Evento Principal: Hemorragia menor incontrolável	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-ANIMAL, A 40 MIN. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, EUPNEICO. REFERE DOR EM MIE, APRESENTA LESÃO CORTO-CONTUSA EM COXA E. NEGA TRAUMA CEFÁLICO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.			Profissional Clas. Risco:  JUCILEIA AGUIAR DA SILVA COREN 177884 Em: 20/09/2019 21:12:05

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ : ____	Se Internação, indique Procedimento e CID
		Procedimento CID

Ana Amélia Batista Sousa

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: 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	247902

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO	6 - Prontuário: 225097		
7-CNS: 898050066255858	8-Nascimento: 14/10/1957	9-Sexo: Masculino	CPF: 273.261.603-68
11-Mãe: MARIANA XAVIER DE SOUSA	12-Fone: 86-99999-9947		
13-Resp: ANA AMELIA	14-Cor: Parda		
15-Ender: RUA LOURIVAL MESQUITA 1206 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-ANIMAL, A 40 MIN. CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, EUPNEICO. REFERE DOR EM MIE, APRESENTA LESÃO CORTO-CONTUSA EM COXA E. , LACERAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO. NEGA TRAUMA CEFÁLICO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. SAT: 95 ; PA: 120/ 75

EXAME FÍSICO:

A) VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICA SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

21 - Condições que justificam a internação:

AS ACIMA

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura do maléolo lateral24-CID Prin: **S826**25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.: **PROCEDIMENTO SOLICITADO**

28-Cod.Proced.: **0408050578** 27-Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR**

Tempo SUS **3**

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: **02** 31-Docum.: **01** 32-Doc. Méd. Solic.: **CPF 762.451.793-00**

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS

34-Data Solicitação:

20/09/2019

Dr. Claudio Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 12012/2019
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:
48-Documeto:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Ano Amélia Batista Sousa

Usuário: (CLAUDIO AURELIO)

Consulta Local: 742449

Consulta SUS:

Impressão: 20/09/2019 23:55

Hospital de Urgências de Teresina

Número do prontuário

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

225097

Nome PEDRO PINHEIRO DES.S. FILHO

Idade 61

Sexo M

Peso

Altura

Diagnóstico

Fratura luxação homozé

Cirurgia programada

Data prevista

	Sim	Não	Especifique		Sim	Não	Especifique
SCV				ENDOC			
HAS				Diabetes Mellitus			
Ins. Coronariana				Doenças da tireoide			
IAM ☐ > 3m, ☐ < 3m				Dislipidemia			
ICC				Obesidade			
Fibrilação Atrial				Outros			
Marca passo				GSI			
Outras				Doença de refluxo			
BR				Insuf. Hepática (Child A, B, C)			
Asma				Hipertensão porta			
DPOC				Obstrução intestinal			
Apnéia Obstrutiva do sono				Outras			
Hipertensão pulmonar				DIVERSOS			
IVAS recente				Patologia neuromuscular			
Outras				Patologia da coluna vertebral			
SGU				Coagulopatia			
Síndrome nefrótica				Anemias hemolíticas			
Síndrome nefrítica				Transfusão sanguínea prévia			
Litase renal				Gravidez			
Insuficiência renal				Morte em anestesia na família			
Doença de próstata				HABITOS			
Outras				Tabagismo			
ENC				Alcoolismo			
Convulsões				Dependência de drogas			
AVC prévio				ALERGIAS			
Disfunção cognitiva				Penicilina			
Outras				Látex			
INFECTO				AINES			
Hepatite A, B, C				Outros			
HIV				História de intubação difícil			
Doença de Chagas							
Outras							

Medicações usadas de forma regular

Nega

Fitoterápicos

Nega

CIRURGIAS ANTERIORES

TIPO DE ANESTESIA

INTERCORRÊNCIAS

Fratura fêmur

Raqueo

Fratura luxação

bloq. pleio braço

artroscopia clavicular

Nega

Paciente CTI: ☒ Não ☐ Sim ☐ PIA☐ PVC☐ SVD☐ Ventilação Mecânica☐ Drogas vasoativas☐ Glasgow 15☐ Drenos

Hb 13,3 Ht 40,7 Plt 188.000 Lp 10.800 G 158

Glico Hb

PTT

RNI

Fib

Na 139

K 3,97

Ca

Mg

Cl

Cr 0,8

Ur 36

Rx tórax

Eco

ECG RS + AIRV

TE

Cat

Outros

Qual. Cardiológico - baixo risco de complicações CV

PA 120x70

FC 68

EXAME FÍSICO

Mobilidade Cervical

☒ normal☐ reduzida

MALLAMPATI

☐ I☒ II☐ III☐ IV

Abertura da boca

☒ > 40mm☐ < 40mm

Incisivos protusos

☐ sim☒ não

Pótese dentária

☒ sim☐ não

Distância mento-tireoide

☒ > 6cm☐ < 6cm

Ausculta respiratória

MM+

Ausculta cardíaca

RCA

Outros dados importantes

Doença cardíaca ativa: ☒ não ☐ sim

Capacidade funcional: METS

Preditores clínicos: ☒ não ☐ simRisco cardíaco do procedimento cirúrgico: ☐ Alto☐ Intermediário☒ Baixo

ASA I

Necessidade de interconsulta clínica/psicológica: ☒ Não ☐ SimPrevisão de CTI pós-operatório imediato: ☒ Não ☐ SimPrevisão de hemotransfusão: ☒ Não ☐ SimAprovado para procedimento anestésico: ☐ Não ☒ SimInformado jejum pré-operatório: ☐ Não ☒ SimAspectos espirituais/ culturais a destacar: ☒ Não ☐ Sim

Planejamento Anestésico

Data:

23.09

Médico/Anestesiologista/CRM

Elia Saraiva
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PT 3676Orientado jejum +
técnica anestésica



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 65791 - Em: (20/09/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
247902	225097	PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO	14/10/1957	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 04	CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS			
Evolução:			Alergias:							
Hora:			Diagnóstico/Comorbidades:							
Seq.: Descrição-Apresentação/Observação			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE,									
1	CLORETO DE SÓDIO (SORO FISIOLÓGICO) 0,9% C/100ML SIST. FECHADO		1,00	Frasco	EV	24/24h				02:00. P.A = 100/60 mmHg.
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,50	Ampola	EV	6/6h			AD	12:00. P.A = 64 bpm ~ 100 mmHg.
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Ampola	EV	12/12h			AD	
4	ONEPRAZOL 20MG		1,00	Cápsula	Oral	24/24h				
5	CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Frasco	EV	6/6h				

Observações Gerais:

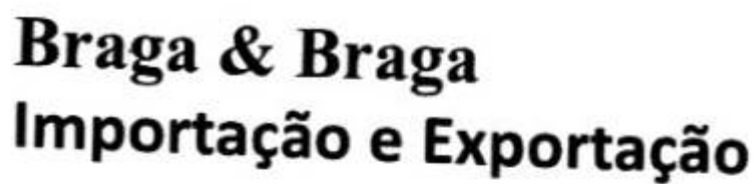
CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS
CIRURGIA AMANHÃ A TARDE COM DR LEACADIO

Dr. Claudio Nogueira
CRM-PI 321 CARMA 837
Ortopedia e Traumatologia
SBOT 12681

Dr. Leacadio

Dr. J. J. J. J. J.
por falta de
ANESTESISTA

Dr. Leacadio Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 4468 TEOT 12409



0836

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE :		CNPJ:	
PACIENTE: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAYO SOUSA FILHO		COD.SIG TAP: 0702030830	
RG.HOSITAL: 247902		USADO: 25/09/19	
DATA:	ALTA:		
PROCEDIMENTO: 0408050578		CRM:	
MEDICO: DR. CELSO		CPF:	
Produtos Utilizados/Implantados:		Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra Ortopedia e Traumatologia CRM, 3918 R. 24, 15635	
NOME	MODELO	Serie Lote	QTD

[illegible]

Responsável Pelo Preenchimento:

Data:

Durval Tercio Nunes Leal
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PT 1995 CRM-BA 2536

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento



Identificação do Estabelecimento de Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Para o projeto + Trabalho
Para o Trabalho
Ofício

AUTORIZAÇÃO

(HERBERT ALENCAR)

Fis Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/10/19

NOME DO PACIENTE: <u>Pedro Paulo de Castro</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura de fêmur</u>	CIRURGIA: <u>Fixação</u>
ANESTESIA: <u>Raqui</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos Antônio Mendes Coimbra</u>	CPF Nº _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº _____
ANESTESIA: <u>Dr. Carlos Antônio Mendes Coimbra</u>	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: <u>Rodrigo</u>	CPF Nº _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	3		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	1	
AGULHA 30X8	UNID.	1		LUVA Nº 7.5	PAR	2	
AGULHA 40X12	UNID.	-		LUVA Nº 9.0	PAR	3	
AGULHA RAQUE	UNID.	1		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	4	
ÁLCOOL 70%	ML	10		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	3		SERINGA 20CC	UNID.	3	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	1		SERINGA 10CC	UNID.	1	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	2	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	3	
GASES	PAC.	3		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		Eutrodos	-	5	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.		1		<u>Cateterismo</u> 2 <i>[Signature]</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL		1					
MONONYLON 200		2					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL 1.0		2		CIRCULANTE: <u>Galita</u>			
PROLENO		-					

**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: **PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO** (Prontuário: 225097)
Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1206 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 14/10/1957 Idade: 61a11m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 742449
Requisição: 1002855 Solicitação: 20/09/2019 Solicitante: MATHEUS VILARINHO SERRA
Controle: 1315082 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 20/09/2019

JOELHO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Patricia Viana Sales Leão
Matrícula: 027499
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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO** (Prontuário: 225097)
 Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1206 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 14/10/1957 Idade: 61a11m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 742449
 Requisição: 1002855 Solicitação: 20/09/2019 Solicitante: MATHEUS VILARINHO SERRA
 Controle: 1315083 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 20/09/2019

TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no terço distal da fíbula.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável


 Patricia Viana Sales Leão
 Matrícula: 027499
 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 CNEJ: 05.522.917/0022-02

Página: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO** (Prontuário: 225097)
Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1206 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 14/10/1957 Idade: 61a11m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 742449
Requisição: 1002855 Solicitação: 20/09/2019 Solicitante: MATHEUS VILARINHO SERRA
Controle: 1315084 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 20/09/2019

PERNA ESQUERDA

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

- Fratura no terço distal da fíbula.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO** (Prontuário: 225097)
Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1206 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 14/10/1957 Idade: 61a11m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 742449
Requisição: 1002855 Solicitação: 20/09/2019 Solicitante: MATHEUS VILARINHO SERRA
Controle: 1315085 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 20/09/2019

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFESE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO** (Prontuário: 225097)
Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1206 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 14/10/1957 Idade: 61a11m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 742449
Requisição: 1002878 Solicitação: 20/09/2019 Solicitante: MATHEUS VILARINHO SERRA
Controle: 1315114 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 20/09/2019

JOELHO ESQUERDO

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

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento do volume de partes moles do joelho.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Patricia Viana Sales Leão
Matricula: 027499
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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO** (Prontuário: 225097)
Endereço: RUA LOURIVAL MESQUITA 1206 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 14/10/1957 Idade: 61a11m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 742449
Requisição: 1002878 Solicitação: 20/09/2019 Solicitante: MATHEUS VILARINHO SERRA
Controle: 1315115 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 20/09/2019

TORNOZELO ESQUERDO

O estudo radiológico do tornozelo esquerdo foi realizado nas incidências em
pá/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura alinhada no terço distal da fíbula.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/09/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Patricia Viana Sales Leão
Patricia Viana Sales Leão
Matricula: 027499
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Sr(a). PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 20/09/2019
BO=013389/2019

HD =FRATURA DE MALEOLO LATERAL E
FCC EM JOELHO E

FEITO OSTEOSINTESE DE FRATURA DO
MALEOLO LATERAL E

EF =DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM
TORNOZELO E
ATROFIA MUSCULAR EM MIE
FD=15,FP=25,AB+AD=15 GRAUS

RX TORNOZELO E = FRAT DE MALEOLO
LATERAL E

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM TORNOZELO E

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 23113 / CRM-BA 3294
TEOT 8950

Teresina 26 de Fevereiro de 2020

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 23113

UNIDADE BARÃO
AV. BARÃO DE GURGUEIA 3450
(86) 3221-5170

UNIDADE DIRCEU
AV. JOSE FRANCISCO DE
ALMEIDA NETO 2650
(86) 3230-9550

UNIDADE JOQUEI
AV. AVIADOR
IRAPUA ROCHA 1115
(86) 3303-7353

UNIDADE PLANTÃO
AV. ZEDUINHA FREIRE 3080
(86) 3231-0001

Pedro Pinheiro de Sampaio Sousa Filho CID10: S826; S825; M245

RG: 221037 SSPPI

Atesto que avaliei o sr acima, em 16/03/2020, e na ocasião, o paciente referiu acidente de transito, com laudo de ortopedista emitido em 05/02/2014, relatando fratura de tornozelo direito, tendo sido submetido a cirurgia para inserção de placas e parafusos. Evoluiu, na época, com limitação funcional de flexão dorsal de tornozelo direito de 50%. Em laudo de Rx de ombro esquerdo, há descrição de artrose acromioclavicular e esclerose do tubérculo maior do úmero, que sugere impacto acromiolumeral.

Há parece de outro ortopedista, relatando outro acidente de transito em 20/09/2019, com fratura de maléolo lateral esquerdo, tendo sido feita osteossíntese de fratura, levando a dor e limitação funcional em tornozelo esquerdo e atrofia muscular em membro inferior esquerdo (sic).

Atualmente, o paciente se queixa de dificuldade de equilíbrio ao longo da marcha (sic), dor em ambos os tornozelos, o que prejudica a deambulação, e dor e limitação de movimentos em ambos os ombros.

Diante do exposto, solicito avaliação pericial.

Abaixo, segue a assinatura do paciente autorizando a especificação da CID10 e dos sintomas acima:

Pedro Pinheiro de Sampaio Sousa Filho

Dr. Lúcio Fernandes Pires
Psiquiatra / Médico do Trabalho
CRM: 3887-PI



16/03/2020

ANÁLISES CLÍNICAS COM QUALIDADE

RUA PAISSANDÚ, 1924/CENTRO - FONES: (86) 3222-3054 / 3221-4568

CNPJ 06.691.026/0001-00 - CEP 64001-120 - TERESINA - PIAUÍ

E-mail: piresfilho@uol.com.br

Sr(a). PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 20/09/2019
BO=013389/2019

HD =FRATURA DE MALEOLO LATERAL E
FCC EM JOELHO E

FEITO OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO
MALEOLO LATERAL E

EF =DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM
TORNOZELO E
ATROFIA MUSCULAR EM MIE
FD=15,FP=25,AB+AD=15 GRAUS

RX TORNOZELO E = FRAT DE MALEOLO
LATERAL E

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM TORNOZELO E

Dr. Edmar de Souza Lima Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294
TEOT 0050

Teresina 26 de Fevereiro de 2020

UNIDADE BARÃO
AV. BARÃO DE GURGUEIA 3450
(86) 3221-5170

UNIDADE DIRCEU
AV. JOSÉ FRANCISCO DE
ALMEIDA NETO 2650
(86) 3236-9550

UNIDADE JOSELEI
• AV. AVIADOR
IRAPUÁ ROCHA 1115
(86) 3303-7353

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313
UNIDADE PLANALTO
AV. ZEQUINHA FREIRE 3080
(86) 3231-0001

UNIDADE COO
RUA CASTELO DO
PIAUÍ 3202
(86) 3214-1000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS 1359383200	NOME PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO
	DOC. EMISSOR/ORG. EMISSORAS 221037 SSP PI
	CPF 273.261.603-69
	DATA NASCIMENTO 14/10/1957
	FILIAÇÃO PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA MARIANA XAVIER DE SOUSA
VALIDADE 12/12/2021	FOTOGRAFIA 
	REGISTRO 01272243193
	VALIDADE 12/12/2021
	EMISSÃO 08/05/2000
	OBSERVAÇÕES A
FOTOGRAFIA PLASTIFICADA 1359383200	ASSINATURA DO PORTADOR <i>Pedro Pinheiro de Sampaio Sousa Filho</i>
	LOCAL TERESINA
	DATA DE EMISSÃO 12/12/2016
	ASSINATURA DO DETRAN <i>[Signature]</i> ASSINATURA DO DETRAN
	IDENTIFICADOR 68029865803 PI318144263
DETRAN-PI (PJAUI)	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"




0475253

Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORDEM CERT. NASC. 529 L A1 F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERMINAL - P 840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170588655 Nº 013937431631
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 1061967120 RENTRO 2019

SÔNIA MARIA FANTISTA SOUSA

53485203300 PLACA PIK-B676

PAS/MOTOCICLO/NEUTRA

YAMAHA/XTZ150 CROSSER E

002F/149CC

1 1061967120

2015 09

9C6D62320F0007290

ALCO/GASOL

2015 2015

CINZA

1º 1PVA

2º 3º PAGO

SEGURO REGI PAGO OBRIGATORIO

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

PI Nº 013937431631 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 2019 DATA EMISSÃO 25/6/2019

CPF / CNPJ 53485203300 PLACA PIK-B676

RENAVAM 1061967120 MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ150 CROSSER E

ANO FAB 2015 CAT TAB 09 Nº CHASSI 9C6D62320F0007290

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 36,04 DENATRAM (R\$) 4,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,04

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOP (R\$) 0,32 TOTAL A SER INSCRITO NO VENC. (R\$) 84,58

DATA DE QUITAÇÃO 18/06/2019

PAGAMENTO ☒ DOTA UNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.408/0001-04

BENTRAN

CONTRAN

TERESINA

25/6/2019

DATA

SEGURO REGI PAGO OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026413/20

Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA F

CPF: 273.261.603-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: PEDRO PINHEIRO DE
SAMPAIO SOUSA FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO : 273.261.603-68

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: 20/01/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

CPF do beneficiário:

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ()
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☐ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☐ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Eu Pedro Pinheiro de Sampaio Sousa Filho. Solicito o Reanálise do meu processo não concordo com o valor que recebi fratura no tornozelo esquerdo. foi feito duas cirurgia. estou com sequelas de 50% no tornozelo esquerdo.

Local e Data

Pedro Pinheiro de Sampaio Sousa Filho
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a seu rogo)

IMPORTANTE:

É obrigatório preencher todos os dados, imprimir o formulário, assinar e entregar no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação:

DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

CPF do beneficiário:

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ()
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Eu Pedro Pinheiro de Sampaio Sousa filho sofri um acidente dia 20/09/19 de moto onde fraturei tornozelo e o joelho e onde o joelho fizera uma pequena cirurgia, e o tornozelo com dois 6 parafusos e placas, e hoje mim encontro com sequelas permanentes pois não mim agachar mais. perdi 50% do movimento do mesmo perda de equilíbrio de 50%. pois tenho perda de apoio, da mesma, então veja minha situação por que foi um valor muito baixo.

Local e Data

Pedro Pinheiro de Sampaio Sousa filho
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031065 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SOUSA FILHO

PARECER

Diagnóstico: Fratura de maléolo lateral esquerdo. Fratura alinhada no terço distal da fíbula esquerda. Lesão cortante transversal em joelho esquerdo (cerca de 20 cm).

Descrição do exame físico: Apresenta diminuição discreta da amplitude de movimentos de flexão, extensão e rotação do joelho esquerdo. Limitação discreta dos movimentos de dorsiflexão do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizou sutura do ferimento em joelho esquerdo e tratamento cirúrgico da fratura do maléolo lateral do tornozelo esquerdo com uso de placa e parafusos para redução da fratura. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2020

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 joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031065 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SOUSA FILHO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO E LESÃO CORTO-CONTUSA NO JOELHO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 90º) DO JOELHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10º) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM 12.2019

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/03/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 30/01/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU RESIDUAL E UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU RESIDUAL (DUPLICIDADE DE SEQUELAS EM TORNOZELO ESQUERDO). CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031065 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SOUSA FILHO

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO E LESÃO CORTO-CONTUSA NO JOELHO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 90º) DO JOELHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10º) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM 12.2019

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/03/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 30/01/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU RESIDUAL E UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU RESIDUAL (DUPLICIDADE DE SEQUELAS EM TORNOZELO ESQUERDO). CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031065 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SOUSA FILHO

PARECER

Diagnóstico: Fratura de maléolo lateral esquerdo. Fratura alinhada no terço distal da fíbula esquerda. Lesão cortante transversal em joelho esquerdo (cerca de 20 cm).

Descrição do exame físico: Apresenta diminuição discreta da amplitude de movimentos de flexão, extensão e rotação do joelho esquerdo. Limitação discreta dos movimentos de dorsiflexão do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizou sutura do ferimento em joelho esquerdo e tratamento cirúrgico da fratura do maléolo lateral do tornozelo esquerdo com uso de placa e parafusos para redução da fratura. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/01/2020

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 joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031065 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SOUSA FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA. P.3,16

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. P.4,20

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2013308831 EM NÍVEL MODERADO PARA O TORNOZELO DIREITO. / 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 tornozelo	25 %	Em grau completo - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031065 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SOUSA FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA. P.3,16

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. P.4,20

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2013308831 EM NÍVEL MODERADO PARA O TORNOZELO DIREITO. / 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 tornozelo	25 %	Em grau completo - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031065 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SOUZA FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA. P.3,16

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. P.4,20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

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 DE TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2013308831 EM NÍVEL MODERADO PARA O TORNOZELO
ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA
CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031065 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SOUZA FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA. P.3,16

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. P.4,20

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO ESQUERDO.

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 DE TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2013308831 EM NÍVEL MODERADO PARA O TORNOZELO
ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA
CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031065 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SOUZA FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO E LESÃO CORTO CONTUSA NO JOELHO ESQUERDO. P.3,16(ANEXO 2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P.4(ANEXO 2)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE JOELHO ESQUERDO (JÁ INDENIZADA) E MODERADA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1,2 / P.1(OUTROS) / VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERÍCIA REALIZADA EM 30/01/2020, REFERENTE A LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU RESIDUAL. NOVA PERÍCIA EM 17/03/2020 - CONDUTA MANTIDA. / VÍTIMA RECLAMA SEQUELA EM TORNOZELO ESQUERDO. VERIFICADO QUE NO SINISTRO ANTERIOR (2013308831) VÍTIMA FOI INDENIZADA PELO TORNOZELO DIREITO EM 50% (POR UM ERRO DE DIGITAÇÃO CONSTOU TORNOZELO ESQUERDO, PORÉM DOCUMENTAÇÃO MÉDICA CONSTA TORNOZELO DIREITO).

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 joelho	25 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau completo - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031065 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SOUSA FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA. P.3,16

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. P.4,20

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2013308831 EM NÍVEL MODERADO PARA O TORNOZELO DIREITO. / 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 tornozelo	25 %	Em grau completo - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031065 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SOUSA FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO. FRATURA DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA. TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO (CERCA DE 20 CM). P.3,16(ANEXO 1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS EM MALÉOLO LATERAL ESQUERDO; SUTURA EM JOELHO ESQUERDO) E ALTA MÉDICA. P.4,20(ANEXO 1)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1 / 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 joelho	25 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau completo - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031065 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SOUZA FILHO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO E LESÃO CORTO CONTUSA NO JOELHO ESQUERDO. P.3,16(ANEXO 2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P.4(ANEXO 2)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE JOELHO ESQUERDO (JÁ INDENIZADA) E MODERADA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.1,2 / P.1(OUTROS) / VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERÍCIA REALIZADA EM 30/01/2020, REFERENTE A LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU RESIDUAL. NOVA PERÍCIA EM 17/03/2020 - CONDUTA MANTIDA. / VÍTIMA RECLAMA SEQUELA EM TORNOZELO ESQUERDO. VERIFICADO QUE NO SINISTRO ANTERIOR (2013308831) VÍTIMA FOI INDENIZADA PELO TORNOZELO DIREITO EM 50% (POR UM ERRO DE DIGITAÇÃO CONSTOU TORNOZELO ESQUERDO, PORÉM DOCUMENTAÇÃO MÉDICA CONSTA TORNOZELO DIREITO).

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 joelho	25 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau completo - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**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: **3200031065**

Nome do(a) Examinado(a): **PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Lourival Mesquita, 1206 - Teresina - PI - CEP 64012-430

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **221037**

Data e local do acidente: [**20/09/2019**] **Teresina -PI**

Data e local do exame: [**30/01/2020**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de maléolo lateral esquerdo. Fratura alinhada no terço distal da fíbula esquerda. Lesão cortante transversal em joelho esquerdo (cerca de 20 cm).

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

Apresenta diminuição discreta da amplitude de movimentos de flexão, extensão e rotação do joelho esquerdo. Limitação discreta dos movimentos de dorsiflexão do tornozelo esquerdo.

III. Nexô 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.

Realizou sutura do ferimento em joelho esquerdo e tratamento cirúrgico da fratura do maléolo lateral do tornozelo esquerdo com uso de placa e parafusos para redução da fratura. Evoluindo sem complicações, com alta hospitalar.

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 joelho esquerdo, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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 sequela 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 (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

Vítima possui sinistro anterior referente a outro acidente ocorrido em 04/11/2012. A vítima foi indenizada em R\$ 1.687,50 referente a uma limitação funcional de 50% do tornozelo esquerdo. Acidente atual ocorrido em 20/09/2019, a vítima sofreu uma fratura de maléolo lateral esquerdo e fratura alinhada no terço distal da fíbula esquerda, de acordo com perícia médica realizada em 30/01/2020 apresenta uma limitação funcional de 10% do tornozelo esquerdo, ocorrendo uma duplicidade de sequelas - conduta mantida.



DR. BERGIEL BARBOSA BEZERRA
MÉDICO
CRM: 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

**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: **3200031065**

Nome do(a) Examinado(a): **PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Lourival Mesquita, 1206 - Teresina - PI - CEP 64012-430

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **221037**

Data e local do acidente: [**20/09/2019**]

RUA LOURIVAL MESQUITA, SANTA ROSA TERESINA PI

Data e local do exame: [**17/03/2020**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO E LESÃO CORTO-CONTUSA NO JOELHO ESQUERDO.

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

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 90º) DO JOELHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10º) DO TORNOZELO ESQUERDO, 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 CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM 12.2019

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 joelho esquerdo, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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 sequela 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 (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 30/01/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU RESIDUAL E UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU RESIDUAL (DUPLICIDADE DE SEQUELAS EM TORNOZELO ESQUERDO). CONDUTA MANTIDA.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PROCURAÇÃO PARTICULAR**OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)**

NOME: Pedro Pinheiro de Sampaio Sousa Filho
RG: 221037 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 12/12/16
CPF: 273261603-68 ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: Genheiro
ENDEREÇO: Rua Lourival Mesquita Nº: 1206
COMPLEMENTO: casa BAIRRO: Santa Maria da
CIDADE: Teresina ESTADO: PI CEP: 64.012430 TELEFONE: Codipe

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 MANDATOS, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Pedro Pinheiro de Sampaio Sousa Filho

Data do acidente de trânsito: 20.10.2019

Cobertura da vítima: Invalidez



LOCAL / DATA: Teresina Piaui, 08/01/2020
Pedro Pinheiro de Sampaio Sousa Filho

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO 1ª OFICINA DE NOTAS
1ª OFICINA DE NOTAS
Escritório de Notário de Teresina
Teresina - PI

Cartório
Thermistodes
Sampaio
1ª OFICINA DE NOTAS

TERESINA CARTÓRIO 3ª OFICINA DE NOTAS
Rua Alexandre Nogueira, 1221 - Centro - CEP: 64200-200 - Teresina-PI - Fone: (98) 3221-0199 - E-mail: cartorio3@teresina.pi.br
Título: *Antônia Gonçalves de Sampaio Pereira*

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE PEDRO PINHEIRO
SAMPAIO SOUSA FILHO. DOU FE, EM TEST. *Pedro Pinheiro* DA VERDA
Teresina-PI 08/01/2020 Selo: AAQ02215-0
www.tjpi.jus.br/portalexta

Maria do Socorro de Carvalho de Sampaio - Escrevente Autorizada
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FISC: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 -
PROCURAÇÃO PARTICULAR - DFVAT

CARTÓRIO 3ª OFICINA DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026413/20

Número do Sinistro: 3200031065

Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FI

CPF: 273.261.603-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 20/05/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026413/20

Número do Sinistro: 3200031065

Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FI

CPF: 273.261.603-68

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 10/03/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031065

Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

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

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031065

Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

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



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031065

Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 00000132793-4

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031065

Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

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

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031065

Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/03/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031065

Vítima: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

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 joelho 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 00000132793-4

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:

4 - Nome completo da vítima:

273.261.603-68

Pedro Pinheiro De Sampaio Sousa Filho

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

Pedro Pinheiro De Sampaio Sousa Filho

273.261.603-68

Gereiro

Rua General Mesquita

3206

Casa

Santa Maria Egípcio

Teresina

PI

64012-430

eduanseguros@hotmail.com

(86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 132793

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para 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

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.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 26/03/2020
Pedro Pinheiro De Sampaio Sousa Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



5067 2252 5123 5133

5067

VÁLIDO ATÉ

07/24

PEDRO PINHEIRO S SOUSA F
0855 013 00132793-4

elo



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013389/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/12/2019 09:26
Data/Hora Fim: 18/12/2019 09:34
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 20/09/2019 19:30

573203

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: Rua Lourival Mesquita
Complemento: SANTA MARIA DA CODIPI
Ponto de Referência: COMERCIAL O NETO
Tipo do Local: Via Publica

Bairro: Santa Rosa
Nº: 2368
CEP: 64.012-430

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO (COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira
Profissão: Gesseiro
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: MARIANA XAVIER DE SOUSA
Naturalidade: PI - José de Freitas
Sexo: Masculino
Nasc: 14/10/1957
Nome do Pai: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 273.261.603-68
RG - Carteira de Identidade: 221037

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: RUA LOURIVAL MESQUITA
Bairro: SANTA MARIA DA CODIPE

Nº: 1206
CEP: 64.012-430

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 534.852.033-00	Placa: PIK8G76
Renavam: 01061967120	Número do Motor: G3C5E-039491
Número do Chassi: 9C6DG2520F0007290	Ano/Modelo Fabricação: 2015/2015
Cor: CINZA	UF Veículo: Piauí
Município Veículo: Teresina	Marca/Modelo: YAMAHA/XTZ150 CROSSER E
Modelo: YAMAHA/XTZ150 CROSSER E	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Meio Empregado
Última Atualização Denatran: 10/09/2015	Situação do Veículo: ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

Envolvimentos

Possuidor



Delegado de Polícia Civil Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 18/12/2019 09:34
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 013389/2019

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MENCIONADA PROPRIEDADE DE SONIA MARIA BATISTA SOUSA E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA. MOMENTO EM QUE AO DESVIAR DE UM ANIMAL (CACHORRO) PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU (3280) E LEVADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA TERESINA - HTU, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO 225097. É O RELATO, QUE O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT

ASSINATURAS


Jerônimo Soares Lima Júnior
Agente de Polícia
Matrícula 0094781
Responsável pelo Atendimento


PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO
(Envolvido - Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito (que sou(su)a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de-
senham, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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: 273.261.603-68 3 - CPF da vítima: 273.261.603-68 4 - Nome completo da vítima: Pedro Pinheiro De Sampaio Sousa Filho

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

5 - Nome completo: Pedro Pinheiro De Sampaio Sousa Filho 6 - CPF: 273.261.603-68
7 - Profissão: Gerente 8 - Endereço: Rua General Mesquita 9 - Número: 1206 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Santa Maria Egípcio 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-430
15 - E-mail: eduanseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0855 CONTA: 1327934
(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 3280	02 Data do chamado 20/09/19	03 PRO (código) 2904	04 Saída do PA 19:59	05 Chegada ao local 20:12
	06 Saída do local 20:30	07 Chegada ao 1º hospital 21:04	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Lourival Mesquita				
	11 Bairro Sto. m.ª da Códice	12 Município-UF T.H.C.-P.I	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Comercial o Auto				
	14 Nome Pedro Pinheiro de Sampaio Filho	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	16 Idade 61 ☒ 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado preencha com 999		
Tipo de Ocorrência	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 78 Resp. 23 PA 130x80 TAX. 97 SatO2 97		25 Local da lesão 		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sanguinamento 1 - Sim 2 - Não		
Assistência	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10				
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração ☒ Prancha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☒ Glicemia ☐ Oxigênio ☒ Colar cervical ☒ Reanimação cardiopulmonar ☒ Acesso Venoso ☒ Curativos ☒ Kred ☒ Assistência obstétrica ☒ Medicamentos a) ☒ b) ☐ c) ☐				
	32 Hospital de Destino HUT				
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado				
	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não Antes do socorro ☒ Antes do transporte ☒ Durante o transporte ☒				
Pt motociclista pilotando sem o capacete sofreu colisao com cachorro apresentando ferimento intenso e laceração na coxa esquerda da coluna, dor no tornozelo esquerdo, sigla consistente, orientado, pálido, supinaco, nega dor cravica toracica ou abdominal, nega HAS, DM, acompanhado.					
Responsável pela recepção: Socorristas Médico: Enfermeiro: AE/TE: Condutor:					

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: 18/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000132793-4

Nr. da Autenticação F6354EC196EAE5F0

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: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

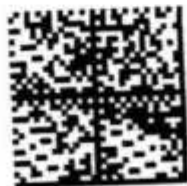
CLIENTE: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000132793-4

Nr. da Autenticação 791A1C8BA9F55EA5



CTCE SALVADOR BA PL.11
PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO
RUA LORIVAL MESQUITA 1206
SANTA MARIA COGIPE
64012-430 - TERESINA - PI

AD: 93104172



7213512820 25487 00004204172 30 301219