

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Sistema SAJ..., Sistema SAJ..., (36) WhatsApp..., Consulta proc..., 0800005-85.20..., 0822456-03.20...

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=579885&ca=c3652bb08f35c8d5a878b644da09e37072f...

Navigation bar: ProceComCiv 0822456-03.2020.8.18.0140 PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO X SEGURADORA LIDER DOS CONSO...

Search bar: 13599417 - CONTESTAÇÃO (2770720 CONTESTACAO 01) Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/12/2020 14:05:49

Left sidebar: 07 Dec 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 13577950 - CONTESTAÇÃO
    - 13599417 - CONTESTAÇÃO (2770720 CONTESTACAO 01)
    - 13599421 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 13599422 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 13599423 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
    - 13599426 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

14:05

Document viewer: downloadBinario.seam 1 / 9

2770720- CS/ 2020-04430/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08224560320208180140

System tray: PT 14:11 07/12/2020



07/12/2020

Número: **0822456-03.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **05/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13599421	07/12/2020 14:05	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

0051869-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro-Sul - Teresina - PI  
CNPJ nº 04.840.748/0001-00 - Ins. Estadual: 14.001.381-5  
Vista Para: Centro de Energia Nuclear - Setor 2  
Regime especial de impostos autorizado pela SUDAM 06/99

WFOB News-Final 829874335

© Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE  
 Data: 12/04/2002 14:04:00

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO S44 CENTRO NORTE  
CPF: 00064017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

RCF: 17.001.31.11.020500

[illegible]

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDORA				
Classe/Serviço	Ligação	Nome do Medidor	Preço	Código Est. Medida 22 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1 210

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

[illegible]

LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parceiros! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

9783 7EAF.1F83.0845.69C0.34BF.00DF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CORTA - R\$		IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Quota-bônus	73,28	Base de Cálculo	372,30
Preço	141,46	Alíquota - ICM	27,00%
Preço médio	23,93	Valor - do ICM	100,52
Encargos	11,71	Valor do PIS	1,40%
Tributos	121,38	Valor do COFINS	6,49%
			17,64

INDICADORES DE CONTABILIDAD							
	LAF			CVC		INAC	CAL
	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	Trimestral	Anual	Trimestral
Límite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizada	2,00			0,00			0,00
Compuesto: TERESINA MACALPÁ				Revisado por: [Firma]		03/2019	Ejec: 100

RQT: 17.001.31.11.020500

TOTAL A PAGAR - R\$

0251869-7 411.88

HESTURADO	VENCIMENTO
-----------	------------

10/2019	31/10/2019
---------	------------

NT 20 Nota Fiscal: 029074335 FCAM

3365000004 4 11880017000 3 00000000051 3 86971019008 1



SEQ.: 00341 UC: 0051169-F DT LEIT: 24/10/2019 F. ENTR.: 09  
LEITURA: 21824 NORMAL TOTAL: 411,88 CARGA: 010  
DT. VENC.: 31-10-2019 TARGO.: 000 COLETOR: 2071



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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Nello 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 Soares Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 273.261.603 / 68 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Pedro Pinheiro de Sampaio Soares 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		Número	Complemento
<u>Rua 24 De Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 36 de Janeiro de 2020  
Local e Data

Nello Roge Soares Marques  
Assinatura do Declarante





HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Pedro Pinheiro Souza 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 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

ORTOPEDIA

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**WHEO 23/09/19  
09:00

Imp: 20/09/2019 21:22:53

(User: MATHEUS VILARINHO)

(Estação: CONSULPA03)

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO	<b>Prontuário:</b> 225097
<b>Mãe:</b> MARIANA XAVIER DE SOUSA	<b>Pai:</b> PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA
<b>End.Resid.:</b> RUA LOURIVAL MESQUITA 1206 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64030-010	
<b>Nascimento:</b> 14/10/1957	<b>Idade:</b> 61a11m6d
<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b> 86-99999-9947
<b>Responsável:</b> ANA AMELIA	<b>CNS:</b> 898050066255858
<b>Profissão:</b> GERCEIRO	<b>Documento:</b> CPF: 273.261.603-68
<b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto	<b>E.Civil:</b> Casado(a)

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 742449	<b>Entrada:</b> 20/09/2019 21:07:55	<b>Convênio:</b> S U S	<b>Proced:</b> 0301060029
<b>Motivo da Procura</b> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b> TRAUMA MAIOR	<b>Classificação:</b> Hemorragia menor incontrolável	<b>Cor:</b> Amarelo
<b>Breve História Clas. Risco:</b> 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

<b>SSVV:</b>	(Hora: ____:____)			
<b>Peso:</b> 0,00 Kg	<b>Altura:</b> 0,00 M	<b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2	<b>Pulso:</b> bpm	<b>Pressão:</b> mmHg

<b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b> 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
---

<b>EXAME FÍSICO:</b> A) VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICA SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, Pelve ESTÁVEL; D) PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15. E) LESÃO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	<b>RAIO X REALIZADO</b> DATA 20 09 19 TÉCNICO: <i>[assinatura]</i>
---	--

<b>Diagnóstico Inicial:</b> Corpo estranho no saco conjuntival	<b>CID:</b> T151
---	---------------------

<b>Exames Complementares:</b> (1315082) - JOELHO ESQUERDO (1315083) - TORNOZELO ESQUERDO (1315084) - PERNA ESQUERDA	<b>D. 20/09/19</b> <b>TÉCNICO:</b> <i>[assinatura]</i>
--	---

<b>Prescrição Médica:</b> 1- Tilatil 1 amp + AD, EV agora 2- Napiroxena 1 amp + AD, EV agora	<b>Dra. Valéria Lopes</b> Cirurgiã Geral CRM PI 7118
--	--

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

*Ana Amélia Batista Sousa*  
Assinatura Paciente ou Responsável

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/12/2020 14:05:49

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120714054883700000012862495>

Número do documento: 20120714054883700000012862495

Osteopatia

20/09/19 22:34

Per ultimo acidente motorcyclístico  
resultando com trauma no joelho e  
perna E.

Ferimento contuso no joelho E.  
Joelho interno atingido ao cair na grama.  
Arterias presas.

Ex - Fratura malleolo lateral (Fibula E)

Joelho - um mês de fraturas com  
incongruência

os: 1) encaminhado à cirurgia.

2) retorno à ortopedia

ap/ internação c/ps

Dr. Leocádio Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
Ednan Soares  
Ortopedia e Traumatologia

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/12/2020 14:05:49  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120714054883700000012862495>  
Número do documento: 20120714054883700000012862495



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Romeo Ruteiro de Sousa</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura de fêmur</i>		
Operação - Tipo <i>Rombo + fixação</i>		
Cirurgião <i>Dr. Celso Augusto de Sousa</i> <small>Ortopedia e Traumatologia CRM 30128 DOR-MA 13135</small>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Fratura de fêmur + fixação</i>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

*Rombo 503 Acetabular  
+ fixação com  
cabo de aço, acesso ao  
4.º espaço de fêmur, Rombo  
+ fixação da fratura  
de fêmur, suturas, fechamento*

*Durval Tercio Nunes Leal*  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM 30128 DOR-MA 13135





Osteopatia 20/09/19 22:34

Set ultimo acidente moto acidentado  
evoluindo com trauma no joelho e  
gama E.

Ferimento no antero joelho E.  
exulso interno intorço do carne gema.  
neovascular perna do

Rx - fratura malleolo lateral (fibula E)

Rx joelho - sem sinais de fraturas ou  
incongruência

co: 1) encaminhado à cirurgia.

2) retorno à ortopedia  
p/ internação cps

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



# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <b>Pedro Pinheiro Sampaio Sousa Filho</b>				Nº DE REGISTRO <b>61a</b>	
DATA <b>8/09/19</b>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO <b>APA em anexo ASA I.</b>				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <b>sem alergias. Unrgeias médias</b>				ASMA	
SISTEMA DIGESTIVO <b>sp - Exames = OK.</b>				SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL <b>sem = OK</b>				CORTICOIDES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <b>Lidazolam 0,1% - 3mg</b>				EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO			TOTAL DE DOSES
		1 Midazolam 3mg			1 BSA
		2 Cetamida 25mg			1 BSA
LÍQUIDOS		SO-UTO 500			1 BSA
		SANGUE 400			1 BSA
		OUTROS 200			1 BSA
TEMPERATURA		Cº			1 BSA
T		260			1 BSA
P. ARTERIAL		38			1 BSA
V O		2			1 BSA
PULSO		200			1 BSA
INÍCIO E FIM ANESTESIA		X			1 BSA
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		X			1 BSA
RESPIRAÇÃO		O			1 BSA
SÍMBOLOS		10 AN = 80			1 BSA
TÉCNICAS <b>Raquianestesia + sedação</b>		INCIDENTE - ACIDENTE			1 BSA
OPERAÇÕES <b>Tto cirúrgico de fratura de fíbula</b>		1 BSA			1 BSA
CIRURGIÕES <b>Dr. D. D. D.</b>		1 BSA			1 BSA
ANESTESISTAS <b>Dr. Daniel de Paula Magalhães</b>		1 BSA			1 BSA
CRM-PI 7568		1 BSA			1 BSA
PARITICULARIDADES <b>51 interconexões</b>		CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS			1 BSA
		1 BSA			1 BSA

76 - HUT

# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <b>Pedro Pinheiro Sampaio Sousa Filho</b>				Nº DE REGISTRO <b>61a</b>	
DATA: <b>31/09/19</b>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	
SISTEMA DIGESTIVO				BRONQUITE	
ESTADO MENTAL				SISTEMA URINÁRIO	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO				CORTICOIDES	
PRE-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				ATARAXICOS	
APLICADO AS				OUTROS	
EFEITOS				FÍSICOS	
TOTAL DE DOSES				EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS				EFEITOS	
LÍQUIDOS				EFEITOS	
TEMPERATURA				EFEITOS	
P. ARTERIAL				EFEITOS	
INÍCIO E FIM ANESTESIA				EFEITOS	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO				EFEITOS	
RESPIRAÇÃO				EFEITOS	
SÍMBOLOS				EFEITOS	
TÉCNICAS				EFEITOS	
OPERAÇÕES				EFEITOS	
CIRURGIÕES				EFEITOS	
ANESTESISTAS				EFEITOS	
PARITICULARIDADES				EFEITOS	

**Handwritten notes:**

- APA em anexo ASA I.
- Nenhuma alergia. Anestésicos prévios.
- Sp - Exames = OK.
- Jejum = OK.
- Cuidadosam 0,1% - 3mg
- 15:30
- 17:30
- OXIGÊNIO 1 L/min
- 2 L/min
- 3 L/min
- SO-UTO 500
- 400
- SANGUE 300
- 200
- OUTROS 100
- TEMPERATURA 38
- P. ARTERIAL 120/80
- INÍCIO E FIM ANESTESIA 15:30 - 17:30
- INÍCIO E FIM OPERAÇÃO 15:30 - 17:30
- RESPIRAÇÃO 12 L/min
- SÍMBOLOS
- TÉCNICAS Raqui anestesia + sedação
- OPERAÇÕES Tto cirúrgico de fratura de fíbula
- CIRURGIÕES Dr. D. D. D.
- ANESTESISTAS Dr. D. D. D. CRM-PI 7568
- PARITICULARIDADES
- INCIDENTE - ACIDENTE
- CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

- HUT





# 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

### DADOS DO PACIENTE:

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

(User: JUCILEIA AGUIAR)

(Estação: ACCB01)

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: 898050066235858	
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, SUPINEICO. 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 o 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-End: **RUA LOURIVAL MESQUITA 1206 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010**16-Munic: **TERESINA**

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

**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 lateral

24-CID Prim:

S826

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

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

0408050578

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOMELO UNIMALEOLAR

Tempo SUS

3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

762.451.793-00

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS

20/09/2019

Dr. Claudio Nogueira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 13599421  
R. 13599421

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-CRE 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:

Usuário: (CLAUDIO AURELIO)

Consulta Local: 742449

Consulta SUS:

Impressão: 20/09/2019 23:52:55

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/12/2020 14:05:49  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120714054883700000012862495  
Número do documento: 20120714054883700000012862495



Hospital de Urgências de Teresina				Número do prontuário	
<b>AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA</b>				225097	
Nome: PEDRO PINHEIRO DES.S. FILHO				Idade: 61	Sexo: M
Diagnóstico: Fratura luxação homolateral				Idade: 61	Sexo: M
Cirurgia programada				Peso	Altura
Data prevista					
Sim		Não		Especifique	
HAS					
Ins. Coronariana					
IAM <input type="checkbox"/> > 3m, <input type="checkbox"/> < 3m					
ICC					
Fibrilação Atrial					
Marca passo					
Outras					
Asma					
DPOC					
Apnéia Obstrutiva do sono					
Hipertensão pulmonar					
IVAS recente					
Outras					
Síndrome nefrótica					
Síndrome nefrítica					
Litíase renal					
Insuficiência renal					
Doença de próstata					
Outras					
Convulsões					
AVC prévio					
Disfunção cognitiva					
Outras					
Hepatite A, B, C					
HIV					
Doença de Chagas					
Outras					
Medicações usadas de forma regular					
Nega					
CIRURGIAS ANTERIORES		TIPO DE ANESTESIA		INTERCORRÊNCIAS	
Fratura fêmur		Raque		Nega	
Fratura luxação		bloq. plexo braquial		Nega	
artroscopia de quadril					
Paciente CTI: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> PIA		<input type="checkbox"/> PVC		<input type="checkbox"/> SVD	
<input type="checkbox"/> Ventilação Mecânica		<input type="checkbox"/> Drogas vasoativas		<input type="checkbox"/> Glasgow 15	
<input type="checkbox"/> Drenos					
Hb 13,3	Ht 40,7	Pt 188.000	Lp 10.800	G 158	
Na 139	K 3,97	Ca	Mg	Cl	
Rx tórax					
ECG RS + AIRV					
Cat					
Qual. cardiologia - baixo risco de complicações CV					
EXAME FÍSICO					
PA 120x70	FC 68	Mobilidade Cervical	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> reduzida	MALLAMPATI <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	
Abertura da boca	<input checked="" type="checkbox"/> > 40mm <input type="checkbox"/> < 40mm	Incisivos protrusos	<input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	Osteodentária <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Distância mento-tiróide	<input checked="" type="checkbox"/> > 6cm <input type="checkbox"/> < 6cm	Ausculta respiratória	MM+		
Ausculta cardíaca RCA					
Outros dados importantes					
Doença cardíaca ativa: <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim					
Preditores clínicos: <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim					
Risco cardíaco do procedimento cirúrgico: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Intermediário <input checked="" type="checkbox"/> Baixo					
ASA I					
Necessidade de interconsulta clínica/psicológica: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
Previsão de CTI pós-operatório imediato: <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim					
Previsão de hemotransusão: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
Aprovado para procedimento anestésico: <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> sim					
Informado jejum pré-operatório: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim					
Aspectos espirituais/ culturais a destacar: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
Planejamento Anestésico				Data: 23.09	
Orientado jejum + técnica anestésica				Médico/Anestesiologista/CRM: Eliane Saraiva	
				ANESTESIOLOGISTA CRM-PT 3676	

D. 050220-HC.3



**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:	Dr. Nasc.	Clinica:	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:								
		b12								
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recone:	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				01:00. PA - 100/60 mmHg.
2	DIPTRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,50	Ampola	EV	6/6h				10:05. PA - 100/60 mmHg.
3	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Ampola	EV	12/12h				10:05. PA - 100/60 mmHg.
4	OMEPRAZOL 20MG		1,00	Cápsula	Oral	24/24h				10:05. PA - 100/60 mmHg.
5	CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Frasco-	EV	6/6h				10:05. PA - 100/60 mmHg.

Observações Gerais:

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

Dr. Claudio Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 24658 TEOT 12409

Dr. Leocádio Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 24658 TEOT 12409



## COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

PLACA 1/3 TUBULAR	3,5MM				01
PARAF. CORTICAL	3,5MM				06

Responsável Pelo Preenchimento:

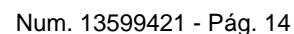
25/09/2009

Data: 25/09/2009

Durval Tercio Nunes Leal  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM-PT 1995 EM 02/02/2006

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento







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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação: <b>247902</b>
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

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

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip. <b>0408050578</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030830</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)</b>	Quant. Soli- cidada: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>BRAGA &amp; BRAGA</b>		

38-Profissional Responsável: <b>CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	<b>Daniel Tercio Nunes Leal</b> <b>ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA</b> <b>CRM-PI 1995 CRM-PA 3676</b>
39-Data Solicitação: <b>25/09/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>762.451.793-00</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*[Handwritten signature: Daniel Tercio Nunes Leal]*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador: <b>CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS</b>	47-Data Autorização: <b>25/09/2019</b>	48-CNS/CPF: <b>5828856</b>
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>25/09/2019</b>	52-CNS/CPF: <b>5828856</b>
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(HERBERT ALENCAR)





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



FMS

Fundação Municipal  
de Saúde

Fls Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/09/19

NOME DO PACIENTE: <u>Regina Tavares de Castro</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>07347</u>
DIAGNÓSTICO: <u>07347</u>	CIRURGIA: <u>07347</u>
ANESTESIA: <u>Raqui</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos Antonio Mendes Coimbra</u>	CPF Nº _____
AUXILIAR: <u>Dr. Carlos Antonio Mendes Coimbra</u>	CPF Nº _____
ANESTESISTA: <u>bariella</u>	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: <u>Roni</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 7.0	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.	-		Eletrodos	-	5	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.		1		<p>Catodina 2</p> <p><i>[Stamps: RECEBIDO, 25/09/2019, 14:05:49]</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		1					
CAT. GUT. CROMADO C/AG.		1					
CAT. GUT. CROMADO S/AG.		1					
ALCOFIL		1					
MONONYLON 200		2					
FITA UMBILICAL		-		ENFERMARIA:			
VICRYL 10		2		CIRCULANTE: <u>Barbata</u>			
PROLENO		-					

MOD. 94





## 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

PAGE: 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: 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 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/12/2020 14:05:49

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120714054883700000012862495>

Número do documento: 20120714054883700000012862495

Num. 13599421 - Pág. 17



# 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 fibula.
- 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: 05.1522.917/0022-02

PAGE 2 DE 2

### 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: SUS

#### 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 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



**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





# 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 pa/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*  
Márcula: 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

HC =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 2313 / CRM-MA 3294  
TEOT 8950

Teresina 26 de Fevereiro de 2020

Dr. Edmar de S. Lima Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294  
TEOT 8950

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

UNIDADE DIRCEU  
AV. JOSE FRANCISCO DE  
ALMEIDA NETO 2650  
(86) 3236-9650

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

UNIDADE PLANALTO  
AV. ZEDERHA 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 trânsito, 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 acromioclavicular.

Há parece de outro ortopedista, relatando outro acidente de trânsito 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: 3697-PI

*[Assinatura]*

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 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 2313 / CRM-BA 3294  
TEOT 8050

Teresina 26 de Fevereiro de 2020

Dr. Edmar de S. Lima Junior  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 2313/PI

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

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

**UNIDADE JOQUEI**  
• AV. AVIAADOR  
IRAPUÃ ROCHA 1115  
(86) 3303-7353

**UNIDADE PLANALTO**  
AV. ZELDONHA FREIRE 3080  
(86) 3231-0001

**UNIDADE CDD**  
RUA CASTELO DO  
PIAUÍ 3292  
(86) 3214-1000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA  
221037 SSP PI

CPF  
273.261.603-68

DATA NASCIMENTO  
14/10/1957

RELACAO  
PEDRO PINHEIRO DE  
SAMPAIO SOUSA  
MARIANA XAVIER DE  
SOUSA

PERMISSAO  
A

REC  
A

CAHAB  
A

Nº REGISTRO  
01272143193

VALIDADEZ  
12/12/2021

VALIDACAO  
08/05/2000

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITORIOS NACIONAIS  
1359383200

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador  
Pedro Pinheiro de Sousa Filho

LOCAL  
TERESINA

DATA DE EMISSAO  
12/12/2016

68029865803  
PI318144263

APROVADO PARA O REGISTRO  
DETRAN-PI (PIAUÍ)

PROMISSO PLASTIFICAR  
1359383200









## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior



## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: \_\_\_\_\_  
 Nome do beneficiário: *Pedro Pinheiro de Sampaio Sousa Filho*  
 Nome do solicitante: \_\_\_\_\_  
 Data da solicitação: \_\_\_\_\_ DD/MM/AA  
 CPF do beneficiário: \_\_\_\_\_  
 CPF do solicitante: \_\_\_\_\_

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
 Tel. Comercial: ( ) \_\_\_\_\_  
 Tel. Residencial: ( ) \_\_\_\_\_  
 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) documento(s) 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 feita 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 rogo)

**IMPORTANTE:**  
 Para 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).





## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 souza filho sofri um acidente dia 20/09/19 de moto onde fraturei tornozelo e o joelho e onde o joelho fiziam uma pequena cirurgia, e o tornozelo com odo e para que e placas, e hoje mim encontro com sequelas permanente pois não mim agachar mais. perdi 50% do movimento do mesmo perda de equilibrio 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 Souza 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  
SOUSA 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  
SOUSA 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  
SOUSA 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## 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:** 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



**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.*



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?**

[ **X** ] 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)?**

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

**OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)**

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

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 DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Pedro Pinheiro de Sampaio Sousa Filho

Data do acidente de trânsito: 20/09/19

Cobertura da vitima: Invalidade



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

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



CARTÓRIO THERMISTODES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Mariane da Socorro de Carvalho de Sousa  
Escrevente Autorizada  
Teresina - PI

Cartório  
Thermistodes  
Sampaio  
Rua Lindete Nogueira, 1233 - Centro - CEP: 64000-298 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0158 - E-mail: atendimento@cart  
Teresina  
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Lindete Nogueira, 1233 - Centro - CEP: 64000-298 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0158 - E-mail: atendimento@cart  
Teresina  
Teresina

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE PEDRO PINHEIRO  
SAMPAIO SOUSA FILHO. DOU FÉ, EM TEST. Pedro DA VERDA  
Teresina-PI 08-01/2020 Selo: AAQ02215-6  
www.tjpi.jus.br/portalexta

Maria do Socorro de Carvalho de Sousa - Escrevente Autorizada  
Emol: 3,65 TJ: 0,77 FOMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - 1  
PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

3º OFÍCIO DE NOTAS

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELCO  
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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO PINHEIRO DE  
SAMPAIO SOUSA FILHO

### 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](http://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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: PEDRO PINHEIRO DE  
SAMPAIO SOUSA FILHO

### 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](http://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





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15390760

Pag. 01395/01396 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00899/00700 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050350



Carta nº 15414396



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/12/2020 14:05:49

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120714054883700000012862495>

Número do documento: 20120714054883700000012862495





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

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00201/00202 - carta\_02 - INVALIDEZ

00070101



Carta nº 15604813



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/12/2020 14:05:49

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120714054883700000012862495>

Número do documento: 20120714054883700000012862495



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

Rio de Janeiro, 19 de 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

Pag. 01037/01038 - carta\_09 - INVALIDEZ

00050519



Carta nº 15638783





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

Rio de Janeiro, 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](http://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: 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 Genival Mesquita 9 - Número: 3206 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Santa Maria elegepe 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-430  
15 - E-mail: ednanseguros@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: 132793 4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## 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 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, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

lo Representante Legal (se houver)

15000





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 Mourão 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 Pública

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

Nome do Pai: PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 273.261.603-08  
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: PIK8076
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	Envolvimentos
PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO	Possuidor

Página 1 de 2

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

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/12/2020 14:05:49

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120714054883700000012862495>

Número do documento: 20120714054883700000012862495

Num. 13599421 - Pág. 60





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 Junior  
Agente de Polícia  
Matrícula 0094781  
Responsável pelo Atendimento

  
PEDRO PINHEIRO DE SAMPAIO SOUSA FILHO  
(Envolvido - Comunicante)

Declaram para os devidos fins de direito (que subscreva) (assinatura) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que de ingenuidade, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



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

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/12/2020 14:05:49

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120714054883700000012862495>

Número do documento: 20120714054883700000012862495

Num. 13599421 - Pág. 61

# 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 Egípcia 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-430  
15 - E-mail: ednanseguros@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) ☐ 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 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)

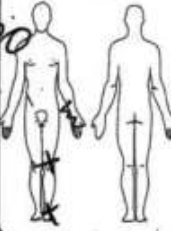
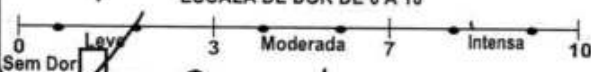
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ra do Representante Legal (se houver)



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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <b>3280</b>	02 Data do chamado <b>20/19/19</b>	03 PRO (código) <b>2904</b>	04 Saída do PA <b>19:59</b>	05 Chegada ao local <b>20:12</b>
	06 Saída do local <b>20:30</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>21:04</b>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço <b>Av. Lourival Mesquita</b>				
	11 Bairro <b>Sto. M<sup>a</sup> da Codipe</b>	12 Município-UF <b>THC-PI</b>	Código IBGE		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência <b>Comercial o Neto</b>				
	14 Nome <b>Pedro Pinheiro de Sampaio Filho</b>				
Acidente de Transporte	16 Idade <b>61</b>	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <b>2 - Não</b>	15 Sexo <b>1 - Masculino</b>		
	18 Tipo de ocorrência <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 01 - Acidente de transporte  02 - Agressão física-espantamento  03 - Agressão física-FAF  04 - Agressão física-FAB  05 - Urgência psiquiátrica </div> <div> 06 - Tentativa de suicídio  07 - Envenenamento  08 - Afogamento  09 - Queimadura  10 - Choque elétrico </div> <div> 11 - Queda  12 - Urgência clínica  13 - Urgência obstétrica  14 - Transferência  15 - Exames complementares </div> <div> 16 - Outros  17 - Já removido  18 - Falso chamado </div> </div>				
Exame Físico	19 Vítima <b>2 - Condutor</b>		20 Meio de locomoção <b>3 - Ônibus/Micro-ônibus</b>		21 Outra parte envolvida <b>6 - Objeto fixo</b>
	22 Equipamentos de segurança <b>Capacete</b> <input type="checkbox"/> Airbag <b>Cinto de segurança</b> <input type="checkbox"/> Assento para criança		23 Glasgow = <b>15</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>ABERTURA OCULAR</b>  4 - Espontânea  3 - À voz  2 - À dor  1 - Nenhuma </div> <div> <b>RESPOSTA VERBAL</b>  5 - Orientada  4 - Confusa  3 - Palavras inapropriadas  2 - Palavras incompreensíveis  1 - Nenhuma </div> <div> <b>RESPOSTA MOTORA</b>  6 - Obedece a comandos  5 - Localiza dor  4 - Movimento de retirada  3 - Flexão anormal  2 - Extensão anormal  1 - Nenhum </div> </div>		
Assistência	24 Sinais Vitais <b>Pulso 78</b> <b>Resp. 23</b> <b>PA 130x100</b> <b>TAX. 97</b>		25 Local da lesão 		
	26 Pupilas <b>1 - Iguais</b> <b>2 - Desiguais</b>				
Hospital de Destino	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> <b>1 - Cheio</b> <b>2 - Fino</b> <b>3 - Ausente</b>		28 Sangramento <b>1 - Sim</b> <b>2 - Não</b>		
	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 		30 Fratura <b>1 - Sim</b> <b>2 - Não</b>		
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração  <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio  <input checked="" type="checkbox"/> Curativos </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta  <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical  <input checked="" type="checkbox"/> Kred </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades  <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar  <input checked="" type="checkbox"/> Assistência obstétrica </div> <div> <input type="checkbox"/> Glicemia  <input type="checkbox"/> Acesso Venoso  <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <b>Julco 16</b>  b) <b>500, 91</b>  c) </div> </div>				
	32 Hospital de Destino <b>HUT</b>				
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada <b>1 - Melhorado</b> <b>2 - Piorando</b> <b>3 - Alterado</b>		34 Óbito <b>1 - Sim</b> <b>2 - Não</b>		
	35 Observações <b>Pt motociclista pilotando sem o capacete sofreu colisão com cachorro apresentando ferimento extenso e laceração na coxa esquerda, edema, dor no tornozelo esquerdo, fratura cominuta do antebraço, fratura simples da tíbia, dor cervical, torácica e abdominal, nega HAS, DM, acompanhado.</b>				



# 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

7/0

