

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000088881-7

Nr. da Autenticação 06C37D054EE2BB50

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**

Nº Sinistro: **3180116722**

Vitima: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**

Data do Acidente: **16/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180116722**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12509914



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**

Sinistro: **3180116722**

Vítima: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**

Data do Acidente: **16/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180116722** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2018

Carta nº: 12618037

A/C: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

Nº Sinistro: 3180116722
Vítima: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA
Data do Acidente: 16/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000088881-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3180116722**
Nome do(a) Examinado(a): **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RS JACINTA ANDRADE nº 0 - SANTA MARIA DA CODIPI - TERESINA/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2132413 - SSP**
Data e local do acidente: **16/11/2016 TERESINA/PI**
Data e local do exame: **27/03/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE TERÇO DISTAL DE PERNA ESQUERDA.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS NO TERÇO DISTAL DA FIBULA ESQUERDA. ESTA DE ALTA MEDICA.

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

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO COM DEFORMIDADE EM TOPOGRAFIA DE TERÇO DISTAL DE PERNA ESQUERDO E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO 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

☐ Sem sequelas permanentes

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO ESQUERDO.**

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ


Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 50570

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

962.064.033-00

Glauco Pedro Culland Feres

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Glauco Pedro Culland Feres		CPF titular da conta	Profissão Recuso-me
Endereço R. Santa Inês de Q. 15 casa 25		Número 31-n	Complemento CASA
Bairro Santa Maria da Vitória	Cidade Teresina	Estado Piauí	CEP 64.000-000
E-mail		Telefone (DDD) (86) 9829-5708	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

2004

(Informar dígito se existir)

88881

(Informar dígito se existir)

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

ORIGINAL

Teresina 13 de Março de 2017

Local e Data

Glauco Pedro Culland Feres

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

072-614265629-0

13/MAR/2018

HORA DE 11:47:38

LOT: 16.25285-7
LOCALIDADE: TERESINA
AG. VINCULADA: 2004

TERM: 063818

CONTROLE: 692914947

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2004-013-00088881-7

GLAUCIO P. C. FEITOSA

VALOR

:

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

072-614265629-0

1ª VIA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000775/2018-80

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 27/02/2018 - 12:04

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MIGUEL ROSA, Nº:

Complemento

Data/Hora

16/11/2016 - 07:50

Bairro

CENTRO NORTE

Ponto de Referência

PROX. À RUA COELHO DE RESENDE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2132413 PI

Mãe: SALETTE MARIA BORGES CALAND

Pai: JOSÉ LITT FEITOSA DE MORAIS

Endereço: QD-15, CS-25, CONJ. JACINTA ANDRADE, Nº

Bairro: JACINTA ANDRADE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A PISTA QUANDO FOI ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA. FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 427356). DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HPM. (PRONT. 182291). TESTEMUNHA: VALMARA DE JESUS MARINHO TEIXEIRA, RUA CLODOALDO FREITAS, 2507-PORENQUANTO. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA


GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Gláucio Pedro Calles Farias CPF da Vítima 962.064.033-00 Data do Acidente 16/11/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

ORIGINAL

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2017

DPVAT

Teresina, 13 de Março de 2017
Local e Data

Gláucio Pedro Calles Farias
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUI
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Impr: 16/11/2016 08:29:50

BOLETIM DE ENTRADA - HE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA	Prontuário:	427356
Mãe:	SALETTE MARIA BORGES CALAND	Pai:	JOSE LITT FEITOSA BORGES DE MORAIS
End. Resid.:	RUA CLODOALVE FREITAS 2507 - PORENQUANTO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	29/06/1980	Idade:	36a:5m:18d
Sexo:	Masculino	Fone:	-
Responsável:	O MESMO	CNS:	898003920821906
Profissão:	GRAFICO	Documento:	RG: 2132413 - SSP
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E. Civil:	Solteiro(a)
End. Local.:	-		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	581685	Data:	16/11/2016 08:17:17	Condução:	VEICULO DE TRANSPORTE DE TERCEIROS
A. Tipo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA A PÉ (PEDESTRE)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				OTD Secundário:	

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Não evento recente	ORTOPEDISTA	Azul
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
PACIENTE COM DOR EM EDENAS E DOR EM CALCANHAR COM SUSPEITA DE FRATURA.	JOSE BARBOSA DE SOUSA COREN 286102		
		Em: 16/11/2016 08:29:49	

DADOS CLÍNICOS:	(Hora: 08:35) Ortopedia	
Exame em membro esquerda há 2 h clavícula com fratura, no man. de edemas.		
Od: Ortopedia		
Roceldo Rego Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3531/CRA-MA 6487		
CORRETORA DE SEGUROS		
13 MAR 2017		
PA: X mmHg	Pulso: FC: bpm	Temp.: DRAT
Diagnóstico inicial:		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:
9:10h. Retorno sala de mar. pr. 10.12.30. para exames laborais (E) Od: Ortopedia
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:
DATA: / / HORA: : : Procedimento: 04080 50 578 32.6

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/PI - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-00 [Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime especial de Imposto de Renda para SEBRAE 06/98

Nº da Nota Fiscal 000157015

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

CONTA-MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2017	13/11/2017	30	18,57

LUANNA CECILIA COSTA SOUSA
RS JACINTA ANDRADE S/N QD 15 CASA 25 SANTA MARIA DA CODIP
CPF: 00081137567368
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 4.001.48.50.324000

DADOS DA LEITURA	KWh	DATA DA LEITURA
Atual:	8598	06/11/2017
Anterior:	8568	03/10/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	04/12/2017
Consumo Medido:	30	06/11/2017
Consumo Faturado:	30	06/11/2017

FCAM

MINIMO

34

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	HOMO	11110001		1.1.1.1	120

HISTÓRICO KWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
OUT/17 129	CONSUMO 30 A R\$ 0,619036 = 18,57
SET/17 133	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,12
AGO/17 137	
JUL/17 0	
JUN/17 151	
MAI/17 151	
ABR/17 151	
MAR/17 0	
FEV/17 163	
JAN/17 162	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,619036	

MENSAGENS IMPORTANTES E RESUMO DE CONTAS

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/11/2017, de acordo com as condições estabelecidas nesta fatura. O não pagamento desta fatura, também a inclusão do nome do consumidor na dívida, informações ainda existentes, contatos, vencidos e já realizados, no valor de R\$ 439,03 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

* (FATURADO PELO MINIMO. PORTA/PORTÃO FECHADO)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO 720A.DCC0.976C.808A.F831.2FAE.0110.F919

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 5,08	Taxa de Cálculo:
Energia: 9,64	Atividade Transm.
Transmissão: 1,51	Valor do ICMS:
Encargos: 1,53	Valor do PIS:
Tributos: 0,81	Valor do COFINS: 0,14
	0,67

INDICADORES DE SUSTENTABILIDADE

UC	Consumo	CO2	PM10
5,07	10,15	20,30	3,23
0,00	0,00	0,00	6,47
			12,95
			2,86
POTY	09/2017	32,44	

ROT: 4.001.48.50.324000

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/PI - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-00 [Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1210505-8	18,57
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
11/2017	13/11/2017
Nº da Nota Fiscal:	000157015 FCAM

836500000000 2 185700017000 3 000000001210 4 50581117000 1



SEQ.: 00107 UC: 1210505-8 DT.LEIT.: 06/11/2017 T.ENTR.: 03
LEITURA: 8598 MINIMO TOTAL: 18,57 CARGA: 051
DT.VENC.: 13/11/2017 IRREG.: 001 COLETOR: 0951

33 CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2018

DPVAT



NOME DO PACIENTE: Glaucio Pedro Calmon Freires

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 487356

J CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2018

DPVAT

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



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUI
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Impr: 16/11/2016 08:29:50

BOLETIM DE ENTRADA - HE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA		Prontuário: 427356	
Mãe: SALETTE MARIA BORGES CALAND	Pai: JOSE LITT FEITOSA BORGES DE MORAIS		
End. Resid.: RUA CLODOALVE FREITAS 2507 - PORENQUANTO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 29/06/1980	Idade: 36a:5m:18d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS: 898003920821906		
Profissão: GRAFICO	Documento: RG: 2132413 - SSP		
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)		
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 581685	Data: 16/11/2016 08:17:17	Condução: - - -
R. Tipo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
CID Secundário:		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Não evento recente	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Azul
Breve História: PACIENTE COM DOR DE EDENA E DOR EM CALCANHAR COM SUSPEITA DE FRATURA.		Profissional Clas. Risco: JOSÉ BARBOSA DE SOUSA COREN 286102 Em: 16/11/2016 08:29:49	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 08:35) Ortopedia			
Exame em membro esquerda há 2 h clavícula com fratura, no man. dor de man.			
Od: Ortopedia			
Roceldo Rego Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 3531/CRA-MA 6487			
CORRETORA DE SEGUROS			
13 MAR 2017			
PA: X mmHg	Pulso: -	FC: - bpm	Temp.: -
Diagnóstico inicial:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
9:10h. Retorno sala de man. p. ex. radiológico: fratura clavícula lateral (E) Od: Ortopedia	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	
DATA: / /	HORA: :
04080 50 578 32.6 Procedimento	

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

ICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA		Prontuário: 427356	
Mãe: SALETTE MARIA BORGES CALAND		Pai: JOSE LITT FEITOSA BORGES DE MORAIS	
End. Resid.: RUA CLODOALVE FREITAS 2507 - PORENQUANTO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 29/06/1980	Idade: 36a:5m:18d	Sexo: Masculino	Fone: - -
Responsável: O MESMO		CNS: 698003920821906	
Profissão: GRAFICO		Documento: RG: 2132413 - SSP	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 581685	Data: 16/11/2016 08:17:17	Clas. Cor: Azul
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuario:

427356

Internação:

177930

Nome: **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**

End. Resid.: RUA CLODOALVE FREITAS 2507 - PORENQUANTO

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 29/06/1980	Idade: 36a:5m:18d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: GRAFICO
Internação		Alta		Permanência
Data 16/11/2016	Hora 08:27	Data 16/11/16	Hora 10h	

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

D Causa Morte:

Cod.CID:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: ___/___/___ Tipo: ___

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: () Curado () Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____

José Ferreira Neto
CPF: 028.113.138-3

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

CORRETO
DE SEGUROS

13 MAR 2013

DPV



HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Fl. 3/28

Nome : **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**
Id,Sx : 36a , M
Pedido: 3207072
Médico: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
Emissão: 16/11/2016 às 16:15

Registro: 11111151

Clinica: P01
Origem : HUT-HUT
Destino: HUT

Cadastro: 16/11/2016 às 11:11

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min

RETRAÇÃO DO COÁGULO

Liberado em 16/11/2016 às 15h 56min

RESULTADO: TOTAL
Método: Qualitativo
Material: SANGUE TOTAL

VALOR DE REFERÊNCIA: Retração Total

Liberado por Risemberg Soares Pereira - CRF-PI-489

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min

TEMPO DE SANGRAMENTO

Liberado em 16/11/2016 às 15h 56min

RESULTADO: 1'00'' minuto
Material: SANGUE TOTAL

VALOR DE REFERÊNCIA: 1 a 4 minutos

Liberado por Risemberg Soares Pereira - CRF-PI-489

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Liberado em 16/11/2016 às 15h 56min

RESULTADO: 5'00'' minuto
Método: Les-White
Material: SANGUE TOTAL

VALOR DE REFERÊNCIA: até 12 minutos

CORRETOR DE SEGUROS

13 MAR 2013

Liberado por Risemberg Soares Pereira - CRF-PI-489

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min

PROVA DO LAÇO

Liberado em 16/11/2016 às 15h 56min

RESULTADO: NEGATIVO
Método: Rumpel-Leede

VALOR DE REFERÊNCIA: Negativo



Liberado por Risemberg Soares Pereira - CRF-PI-489



HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Nome : **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**
Id, Sx : 36a , M
Pedido: 3207072
Médico: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
Emissão: 16/11/2016 às 16:15

Fl. 1/28
Registro: 11111151
Clínica: P01
Origem : HUT-HUT
Destino: HUT
Cadastro: 16/11/2016 às 11:11

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min

Liberado em 16/11/2016 às 10h 00min

URÉIA

RESULTADO: 16 mg/dL

VALOR DE REFERÊNCIA 15 a 40 mg/dL

Método: Automação

Material: SORO

Liberado por Gina Coelho Saraiva de Sousa - CRF-PI-494

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min

Liberado em 16/11/2016 às 10h 00min

CREATININA

RESULTADO: 0.6 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA

Método: Automação

Homens : até 1,4 mg/dL

Material: SORO

Mulheres: até 1,2 mg/dL

Liberado por Gina Coelho Saraiva de Sousa - CRF-PI-494

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min

Liberado em 16/11/2016 às 10h 00min

GLICOSE

RESULTADO : 68 mg/dL

VALOR DE REFERÊNCIA: 70 a 99 mg/dL

Método: Automação

Material: SORO

Liberado por Gina Coelho Saraiva de Sousa - CRF-PI-494





HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

Laboratório Dr. Zenon Rocha

Rua Dr. Otto Tito, 1820 - Redenção - Teresina-PI - Telefone: (86) 3229-4247

Fl. 2/28

Nome : **GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA**
Id, Sx : 36a , M
Pedido: 3207072
Médico: ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
Emissão: 16/11/2016 às 16:15

Registro: 11111151

Clinica: P01
Origem : HUT-HUT
Destino: HUT

Cadastro: 16/11/2016 às 11:11

Coletado em 16/11/2016 às 11h 32min

Liberado em 16/11/2016 às 11h 45min

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITOGRAMA

Hemácias 4.10 milhões/mm³
Hemoglobina 11.9 g/dL
Hematócrito 38.7 %
V.C.M. 94.4 fL
C.M. 29.0 ug
H.C.M. 30.7 g/dL
R.D.W. 15.2 %
Observações:

VALORES DE REFERÊNCIA

Homem	Mulher
4,50 a 5,50	3,90 a 5,50
13,50 a 18,00	11,50 a 16,40
40,00 a 54,00	36,00 a 48,00
	76,00 a 96,00
	27,00 a 32,00
	32,00 a 36,00
	11,60 a 14,80

LEUCOGRAMA

Leucócitos 7300 mm³
Neutrófilos 4818 mm³ 66.0 %
Segmentados 4745 mm³ 65.0 %
Bastões 73 mm³ 1 %
Metamielócitos 0 mm³ 0.0 %
Mielócitos 0 mm³ 0.0 %
Promielócitos 0 mm³ 0.0 %
Eosinófilos 146 mm³ 2.0 %
Basófilos 0 mm³ 0.0 %
Linfócitos 1606 mm³ 22.0 %
Monócitos 730 mm³ 10.0 %
Observações

VALORES DE REFERÊNCIA

Adultos	:	4.000 a 10.000
4 a 7 anos	:	6.000 a 15.000
8 a 13 anos	:	4.500 a 13.000
2.300 a 7.500 mm ³		40 a 75 %
-		40 a 75 %
45 a 230 mm ³		1 a 1 %
-		0 a 1 %
-		0
-		0
40 a 330 mm ³		1 a 6 %
1 a 100 mm ³		0 a 1 %
1.500 a 3.500 mm ³		20 a 45 %
200 a 800 mm ³		2 a 10 %

Contagem de PLAQUETAS
Observações

258000 mm³

VALOR DE REFERÊNCIA: 140.000 a 450.000 mm³

Método: Automação
Material: SANGUE TOTAL



Liberado por Christian Andersen Francisco da Silva Lima -
CRF-PI-733



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confira com o(a) original que
foi apresentado(a) e assinado

Em, 10/05/17

Setor de Arquivo Técnico do Hospital

Luiz Henrique Vasconcelos Reis - 2º TEN PM
RGPM 105198193-2 / Matr. 14495-0
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

NOME DO PACIENTE: Cláudio Pedro Callaud Feres

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 182791/16

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

PJ CORRETORES
DE SEGUROS
13 MAR 2017
DPVAT

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado



LAUDO PARA SOL

AUTORIZAÇÃO DE INTE

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILI

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILI

AIH : 2216101/8226-8

UNI : HOSPITAL DA POLICIA - DIRCEU

GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

U.LIBERRA: 22/11/2016

PROCED.: 0408050578 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNI

OP.SIST: CELSO

CID : S826

Organ Emissor: 822110001

alar (AIH)

NASCIMENTO

29/06/1980

Luciana Ribeiro Formiga Rocha
Médica Auditora DRCA/AGIAS
CRM-PI 2297 - CPF: 462.610.793-15
CNS 8800160000548014

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

Atendimento

211300

Identificação do Paciente

5 - Nome: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

6 - Prontuário: 182291

7 - CNS: 898003920821906

8 - Nascimento: 29/06/1980 02:00: 9 - Sexo: M CPF: 962.064.033-00

11 - Mãe: SALETE MARIA BORGES CALAND

12 - Fone: 86-3.2233870 / 988520822

13 - Resp:

14 - Cor: BRANCA

15 - Ender.: CLODOALDO FREITAS

2507 PORENQUANT 19 - CEP: 64003-075

16 - Munic: TERESINA

17 - Cod. IBGE: 221100 18 - UF: PI RG: 21324-13

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Dor e edema em tornozelo bz

21 - Condições que justificam a internação:

Necessite fto amputação

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

RX tornozelo

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

Mal. neoplásica lat S826

13 MAR 2013

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Osteossíntese neoplásica lat 0408050578

29 - Clínica:

30 - Carater.:

Ident.:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.

POSTO I

02

1

CPF

16778699841

33 - Nome Profissional / Assistente

34 - Data de Solicitação:

LEANDRO PONCE LEAL

16/11/2016

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - N.º Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE, Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

48 - Documento

49 - Num. Documento

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

+ Glauco Pedro Calland Feitos

52 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

53 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

54 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

55 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

56 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

57 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

58 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

59 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

60 - Ass. Carimb. Med. Solicitante



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		16/11/2016
SIM ☐ NÃO ☐		Nome: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA		Pront.: 182291
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 29/06/1980 Sexo: M Convênio: SUS - INTERNACAO		
SIM ☐ NÃO ☐		Atendimento: 211300 Enfermaria: POSTO I ENF 118 LEITO Leito: 118		
CLÍNICA		Pai: JOSE LITT FEITOSA DE MORAIS		
		Mãe: SALETE MARIA BORGES CALAND		
Médico Assistente		RG: 2132413		
		Residência:		
Permanência		CLODOALDO FREITAS		
		Nr.: 2507		
CLÍNICA		Cep: 64003075		
		Bairro: PORENQUANTO		
		Cidade: TERESINA		
		Telefone: 86 - 32233870		

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

Don e edema em
fornaxo (r)

DIAGNÓSTICO

Provisório: *fract. malleolo lat. (r)* CID
Principal: *fract. malleolo lat. (r)* CID 5826
Procedimento: *osteossintese malleolo lat. (r)*
Sintomas e Sinais Principais Causa Médica Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirúrgico		<i>PJ 001 DE SEGUROS 13 MAR 2013</i>	☐ Nenhuma ☐ Médico ☒ Cirurgia ☐ Médico Cirúrgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação: 16/11/2016 11:11:44 Data da Alta: 15/11/16 Data da Hospitalização: 16/11/16

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ A Pedido ☐ Internação p/ Diagnóstico	☐ Divisão Médica ☐ Por Indisciplina ☐ Evasão ☐ P. Ambulatório	☐ Fisiologia ☐ Psiquiatria ☐ Outros
		☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE

Assinatura: *[Assinatura]*

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI - CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 17 / 11 / 16
Nº DO PRONTUÁRIO: 182291 SALA: 08
CÓD DA CIRURGIA: 6408050578

Descrição da Cirurgia:

Pac. em 11.10.2016
aspirac / paroste / art.
sepre / campos / incisão
devece / redece / fixação
sutura / curativo / fele
perce / refração / paroste

Dr. Henrique Vitorino Reis - 2ª TEI
RGP 105198193-2 / Mtd. 14453 9
Unidade do Sotor do Aqueduto

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Danilo

Circulante: Emilene

Dr. Giovanni José da Lince Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 1723



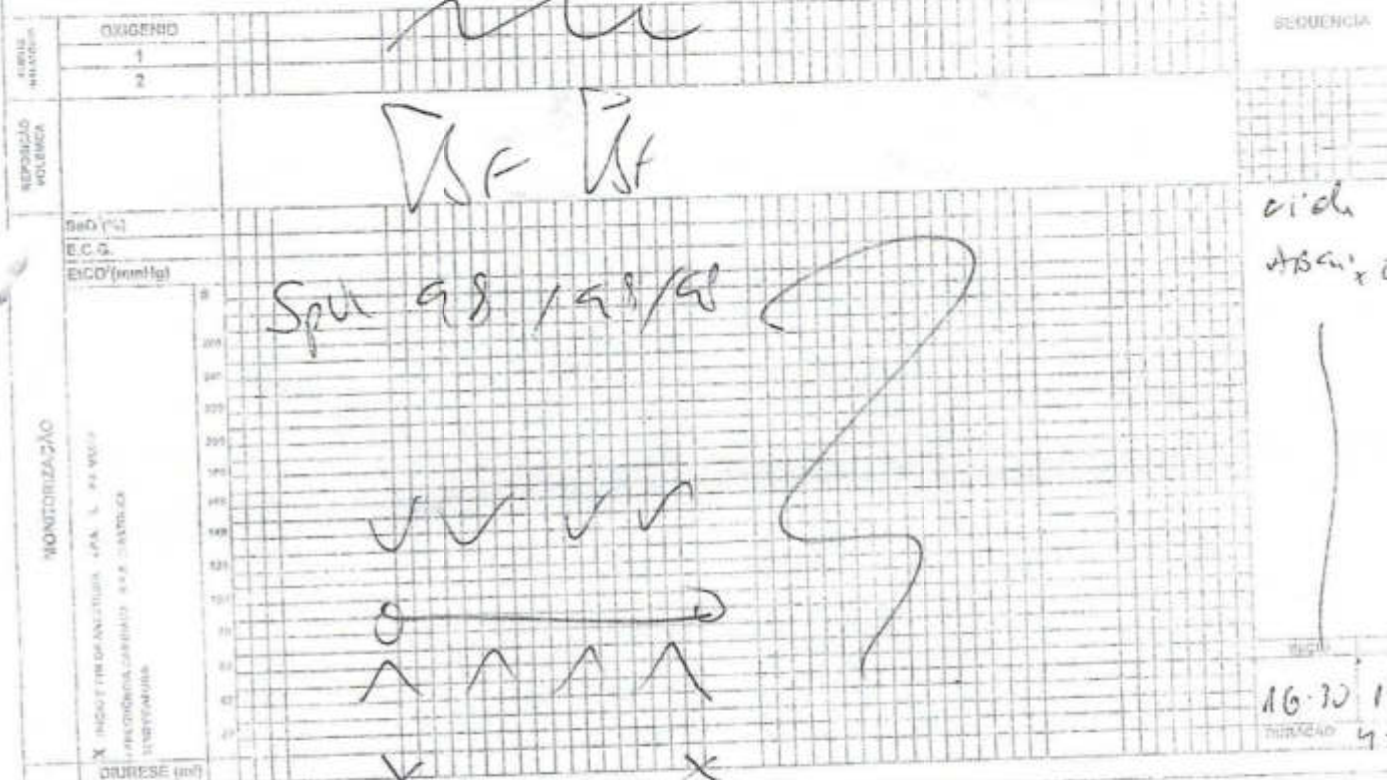
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 17, 11, 16
Nº DO PRONTUÁRIO: 18163
CÓD DA CIRURGIA: 14050578

NOME: Glauco Pedro Galla de Fitor
PROCEDIMENTO: Retirada do Ducto Biliar
CIRURGIÃO: Gilvan
INSTR.: Danilo
P.A.: F.C.: PESO: 110 Hto: Glicemia: Creatina: Bilete:
Sexo: MASA II Umbral de Cowan's
Appl/Ent e Lato: 18163
ANESTESIA: Raqui
CIRC.: 18163
INICIO: 18163
FIM: 18163
DATA: 18



Técnica Anestésica:

Raqui (L3/4) (16G)

Comentários Adicionais

sem intubação

Medicamentos Utilizados

Adrenalinat Amp
Água dest. 10ml Amp
Atropina Amp
Bextra Amp
Bromopride Amp
Cefazolin 1g Fr
Cefotaxim Fr
Ceftriaxona Fr
Clonidin Amp
Cididol Fr
Dexametazona Amp
Diazepam Amp
Diprort Amp
Diprort Amp

Dolafina Amp
Droperidol Amp
Eforil Amp
Etidol Amp
Enturano ml
Fentanil ml
Fentanil (5/C) Amp
Fentanil ml
Hidrocortisona ml
Isotufano ml
Jelco 100 ml
Lidocaina 5% V ml
Metadepamida Amp
Mantol Fr

Midazolam Fr
Metronidazol Fr
Neocaina 0.5% Amp
Narcan Amp
Novabapi 0.5% Fr
Nubain Amp
Neocaina 5% V Fr
Neocaina 0.5% Isobar Amp
Neostigmina Amp
Omeprazol Fr
Ondesetrona Amp
Polio Cal Fr
Mantufeno Amp
Proferol Fr

Furosemida ml Amp
Ranitidina Amp
Gentamicina Amp
Clotrimazol Fr
Remifentanyl Fr
Respiroductor 500 Fr
S. Euphyll 0.8% ml Fr
S. Glucocort 5% ml Fr
S. Glucocort 5% ml Fr
S. Glucocort 5% ml Fr
S. Glucocort 5% ml Fr
S. Glucocort 5% ml Fr
S. Glucocort 5% ml Fr

Anestesiologista: CDM



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 31674

PACIENTE: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

NOME DA MÃE: SALETE MARIA BORGES CALAND

DATA DO NASCIMENTO: 29/06/1980

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 18/11/2016

DATA DO LAUDO: 05/12/2016

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO EM DUAS INCIDENCIAS

Controle pós-operatório.

Fratura na fíbula distal com fixação ortopédica.

Aumento do volume e densidade das partes moles adjacentes.

*Dr. Henrique Vasconcelos Reis - 21.709.111-1
RPM 105198193-2 / Mat. 14425-3
Chefe do Setor de Arquivo Técnico*

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326



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

FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: HPM
CONTATO FEITO COM: _____
CONFIRMADO A VAGA: SIM ☒ NÃO ☐

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Glauco Pedro Caland ferreira
IDADE: 36 ESTADO CIVIL: _____
ENDEREÇO: _____
RESPONSÁVEL: _____

I - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO ☒

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

Tumor na ure

EXAMES REALIZADOS:

R7 M^o FLE

DIAGNÓSTICO:

f_h (T_{u2}) malig^o

Wtop (E)

15826

0609050778

TRATAMENTO REALIZADO:

Xup

Luís Henrique Vasconcelos Reis - R^o 26.781
RSPM 105190193-7 / Mat. 134059
Líder do Setor do Arquivo Técnico

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

M. de L

José Ferreira Neto
RSPM 105190193-7 / Mat. 134059
CPF: 000.000.000-00

DATA: 16/11/16

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JUAZ DE DEUS MARTINS



GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.132.413 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/04/14

GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

FILIAÇÃO

SALETTE MARIA BORGES CALAND
JOSÉ LITT FEITOSA DE MORAIS

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 29/06/1980

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 52783 L 68A F 115
EXP TERESINA-PI 21/03/07

CPF 962.064.033-00

ASSINATURA DO DIRETOR

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

CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2013

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180116722 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA **Data do acidente:** 16/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE, EVOLUIU COM SEQUELA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MI ESQUERDO: 25% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180116722 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA **Data do acidente:** 16/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TERCO DISTAL DE PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS NO TERCO DISTAL DA FIBULA ESQUERDA. ESTA DE ALTA MEDICA.
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO COM DEFORMIDADE EM TOPOGRAFIA DE TERCO DISTAL DE PERNA ESQUERDO E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/03/2018

Conduta mantida:

Observações: * REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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 - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: