

# 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: 13/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO CABRAL LEAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000120905-2

---

Nr. da Autenticação BE1AE678F4654AAC

# ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - LE 195965574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Píçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA 12930229-5 FATURA Nº 150790534  
MÊS/ANO 3/2019

NOME/ENDEREÇO  
MORADOR MARIA JOSE ALVES LEAO  
CON DIRCEU ARCOVERDE II Q-287  
Q-291, Q-289-C-014-ITARARE-TERESINA-PI-cep:64078350

LOCALIZAÇÃO  
007-00078-001105

GRUPO 007 NÚMERO DO HODRONE Y185137796

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA	
MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO		
02/2019	Lido	27	27	1 Residencial - Normal	
01/2019	Lido	33	33		
12/2018	Lido	26	26		
11/2018	Lido	28	28		
10/2018	Lido	26	26		
09/2018	Lido	29	29		

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS 02	VALOR
ANTERIOR 12/02/2019	64	25	107,95
ATUAL 12/03/2019	89		

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA														
<table border="1"> <tr> <th>RESIDENCIAL</th><th>TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)</th></tr> <tr> <td>0 10</td><td>2,0450 05</td></tr> <tr> <td>10 20</td><td>5,3000 05</td></tr> <tr> <td>20 35</td><td>9,1500 05</td></tr> </table>	RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)	0 10	2,0450 05	10 20	5,3000 05	20 35	9,1500 05	<table border="1"> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th><th>VALOR</th></tr> <tr> <td>VALOR REFERENTE ÁGUA - 107,95</td><td></td></tr> <tr> <td>&gt; Residencial-Normal</td><td>25,0 m3 107,95</td></tr> </table>	DESCRIÇÃO	VALOR	VALOR REFERENTE ÁGUA - 107,95		> Residencial-Normal	25,0 m3 107,95
RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)														
0 10	2,0450 05														
10 20	5,3000 05														
20 35	9,1500 05														
DESCRIÇÃO	VALOR														
VALOR REFERENTE ÁGUA - 107,95															
> Residencial-Normal	25,0 m3 107,95														

NÃO RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO USE O  
CÓDIGO: 00 + NÚMERO DA MATRICULA + DÍGITO.

**NOTIFICAÇÃO**  
Após 30 dias da ocorrência, a não pagamento desta fatura irá resultar a suspensão dos serviços.  
Lei nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e Art. 69, inciso III, Lei nº 12.797/2013

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2851	2845	6	1,47	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2852	2531	321	9,52	Inferior a 15
PH	2778	2704	74	6,57	6,00 a 9,50
TURBIDEZ	2854	2664	190	2,98	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	902	901	1	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	902	902	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 12/03/2019 HORA DA EMISSÃO: 12:00

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

# ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - LE 195965574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Píçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA 12930229-5 FATURA Nº 150790534  
MÊS/ANO 3/2019

NOME/ENDEREÇO  
MORADOR MARIA JOSE ALVES LEAO  
CON DIRCEU ARCOVERDE II Q-287  
Q-291, Q-289-C-014-ITARARE-TERESINA-PI-cep:64078350

LOCALIZAÇÃO  
007-00078-001105

GRUPO 007 NÚMERO DO HODRONE Y185137796

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA	
MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	1 Residencial - Normal	
02/2019	Lido	27	27		
01/2019	Lido	33	33		
12/2018	Lido	26	26		
11/2018	Lido	28	28		
10/2018	Lido	26	26		
09/2018	Lido	29	29		

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS 02	VALOR
ANTERIOR 12/02/2019	64	25	107,95
ATUAL 12/03/2019	89		

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA														
<table border="1"> <tr> <th>RESIDENCIAL</th><th>TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)</th></tr> <tr> <td>0 10</td><td>2,0450 05</td></tr> <tr> <td>10 20</td><td>5,3000 05</td></tr> <tr> <td>20 359999</td><td>9,1500 05</td></tr> </table>	RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)	0 10	2,0450 05	10 20	5,3000 05	20 359999	9,1500 05	<table border="1"> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th><th>VALOR</th></tr> <tr> <td>VALOR REFERENTE ÁGUA - 107,95</td><td></td></tr> <tr> <td>&gt; Residencial-Normal</td><td>25,0 m3 107,95</td></tr> </table>	DESCRIÇÃO	VALOR	VALOR REFERENTE ÁGUA - 107,95		> Residencial-Normal	25,0 m3 107,95
RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)														
0 10	2,0450 05														
10 20	5,3000 05														
20 359999	9,1500 05														
DESCRIÇÃO	VALOR														
VALOR REFERENTE ÁGUA - 107,95															
> Residencial-Normal	25,0 m3 107,95														

NÃO RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO USE O  
CÓDIGO: 00 + NÚMERO DA MATRICULA + DÍGITO.

**NOTIFICAÇÃO**  
Após 30 dias do vencimento, a não pagamento desta fatura irá resultar a suspensão dos serviços.  
Lei nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e Art. 69º VII, Lei nº 127/2000

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2851	2845	6	1,47	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2852	2531	321	9,52	Inferior a 15
PH	2778	2704	74	6,57	6,00 a 9,50
TURBIDEZ	2854	2664	190	2,98	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	902	901	1	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	902	902	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 12/03/2019 HORA DA EMISSÃO: 12:00

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, RONNIVAL CABRAL LEÃO

RG nº 1948003

data de expedição 27/02/2019

Órgão SSP-PI

portador do CPF nº 643.217.203-97

com domicílio na cidade de TERESINA

no Estado de

PIAUÍ

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

COM. DIRCEU ARCOVERDE II Q-302 C-06

nº

complemento

declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ADRIANO CABRAL LEÃO

cujo o condutor era

O MESMO

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125C Ano: 2012/2013

Placa: QUD 5266 Chassi: 9C6KE1500020074652

Data do Acidente: 23/03/19

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

Local e Data: TERESINA 08 06 ABRIL 2019

Ronnival Cabral Leão

Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Coronel Negreiros, 1223 - Centro - CEP: 64001-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3213-0139 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br  
Titular: Lucatília Gonçalves de Sampaio Pessoa

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RONNIVAL CABRAL LEÃO. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Selo: AAB92951-AQM4  
Teresina-PI, 06/04/2019.  
[www.tjpi.jus.br/portalexta](http://www.tjpi.jus.br/portalexta)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada  
Emol.: 3,85 (J): 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 95  
DECLARAÇÃO

ARTURIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º Ofício de Notas  
Judite de Castro Cardoso  
Escrevente Comprossada  
Teresina - PI



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

CAIO VAZ DE OLIVEIRA  
CRM PI 3054

RAIO-X REALIZADO  
DATA 23/03/2019

Técnico: P.S. Maciel  
Imp: 23/03/2019 22:08:02  
User: CAIO VAZ  
Estação: GESS001

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>ADRIANO CABRAL LEAO</b>		Prontuário: <b>506447</b>	
Mãe: <b>MARIA JOSE ALVES LEAO</b>	Pai: <b>ANTONIO CABRAL DE AREA LEAO</b>		
End.Resid.: <b>QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>			
Nascimento: <b>14/07/1982</b>	Idade: <b>36a8m9d</b>	Sexo: <b>Masculino</b>	Fone: <b>86-99529-1998</b>
Responsável: <b>DAMIAO RIBEIRO MACIEL</b>	CNS: <b>705803493560433</b>		
Profissão: <b>MOTORISTA</b>	Documento: <b>CPF: 992.369.823-87</b>		
G. Instrução: <b>Não informado</b>	E.Civil: <b>Casado(a)</b>		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>713721</b>	Entrada: <b>23/03/2019 21:56:28</b>	Convênio: <b>S U S</b>	Proced: <b>0301060061</b>
Motivo da Procura			
Conforme Paciente/Acomp: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC</b>			
Condução: <b>AMBULÂNCIA DO SAMU</b>			

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: <b>PROBLEMAS EM EXTREMIDADES</b>	Classificação: <b>Dor moderada</b>	Cor: <b>Amarelo</b>
Breve História Clas. Risco: HISTORIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE 40 MINUTOS, EVOLUINDO COM DOR E MOBILIDADE PREJUDICADA DE ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. ECG - 15. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.		ROMAK BEZERRA HOLANDA COREM 222664 PI Em: 23/03/2019 22:01:49

### SSVV:

(Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Peso: <b>0,00 Kg</b>	Altura: <b>0,00 M</b>	IMC: <b>0,00 Kg/m2</b>	Pulso: <b>bmp</b>	Pressão: <b>mmHg</b>
----------------------	-----------------------	------------------------	-------------------	----------------------

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE COM TRAUMA EM PUNHO BILATERAL DOR E DEFORMIDADE LOCAL  
FCC EM QUEIXO  
RX

SUTURA  
AVALIAÇÃO CIRURGIA GERAL

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

### Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

CID:  
S525

### Exames Complementares:

(1179158) - PUNHO DIREITO  
(1179159) - PUNHO ESQUERDO

### Prescrição Médica:

SF 0,9% 500ML EV ABERTO  
DIPIRONA 1G DIL EV AGORA  
TENOXICAM 20MG DIL EV AGORA

### Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável

CAIO VAZ DE OLIVEIRA  
CRM PI 3054 Em: 23/03/2019 22:08:01



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente ADRIANO COBRAL LÊS  
Diagnóstico pré-operatório FRAT PUNHA (D) + (E)  
Operação - Tipo RAFI FT PUNHA (D) + (E)  
Cirurgião Dr. Hugo 1º Assistente Dr. Bergel  
2º Assistente \_\_\_\_\_ 3º Assistente \_\_\_\_\_  
Instrumentador(a) \_\_\_\_\_ Anestesista \_\_\_\_\_ Anestesia \_\_\_\_\_  
Anestésico(a) \_\_\_\_\_

Data da Operação \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Fim \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-operatório

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

X

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

Acidente Durante a Operação

X

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

1. JDH SOB ANESTESIA
2. Preparo da pele
3. Acesso ao PUNTO (E)
4. RAFI C/ PLACA VOZAN
5. RAFI FT PUNHA (D)
6. Suturas
7. Curativo
8. Lixa

Dr. Hugo José  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 36377 TERT





## FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIANome: **Adriano Cabral Leão** Sala: Alergia: **Nept** Data: **24/03/19**Procedimento: **Tto cirúrgico prot. - punho bilateral.** Cirurgião: **Dr. Hugo** Observações: **Nept comorbidade**

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	5	20	45
1 Dentanest 400x - 4ml (pre op) → 4 + 3													
2 Propofol 1% - 150ml (pre op) → 150													
3 Atropina - 25mg (pre op) - 2ml													
4 Ketamina 1% - 25mg													
5 Ureidina - 40mg													
6 Midazolam 1% - 2mg (pre-op = pré-anestésico)													
7 Cerazoline 20													
8 Cetoroleno 100mg													
9 Ondansetron 4mg													
10 Dipirona 20													
11 Dexametasona 8mg													
12													
13													
Oxigeno $FiO_2 = 40\%$													
Volatil <b>Sevo 2</b>													
Acesso Vascular													
Periférico <b>MSD</b>													
Cat. Venoso <b>22</b>													
Dificuldade aces. venoso													
Gastos cateteres													
Central													
Via Aérea													
Cateter nasal													
X TOT <b>8,0</b>													
LMA <b>18</b>													
Monitorização:													
X Cardioscopia													
X PANI													
X Oxímetro de pulso													
X ETCO2													
Outros													
Anestesia:													
Geral Venosa													
X Geral Balanceada													
Raqui-anestesia													
Peridural													
Bloqueio Periférico													
Outros													
Decúbito: <b>DDH</b>													
SPO2 (%)		99%	100%	100%	100%	100%	100%						
ETCO2 (mmHg)		34	35	35	35	35	35						
Aces. Venoso													
Aces. Venoso													
Diurese													
Perdas Sanguíneas													

Descrição da Anestesia:

TOT tubo 8,0 cl ayt AP=nl  
VTV=450 FR=10 FIO2=40% REO=5 RJE=1:1  
PPlato=15 Ppico=19. Prot-ocular.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/03/2019

NOME DO PACIENTE: Adriano Cabral Neto	PRONTUÁRIO Nº: 506417
DIAGNÓSTICO: F4 Ponto (A) + (E)	CIRURGIA:
ANESTESIA: Geral	Nº DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Dr. Hugo	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dra. Danielle	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Augustina	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 6.517.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	20		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Eletrodos	"	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	"	04	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Csepon	"	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Tubo endot. nº 8.0	"	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	3-0	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	2-0	01		CIRCULANTE: Helena			
PROLENE							





**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:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>235553</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>ADRIANO CABRAL LEAO</b>	6 - Prontuário: <b>506447</b>		
7-CNS: <b>705803493560433</b>	8-Nascimento: <b>14/07/1982</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>992.369.823-87</b>
11-Mãe: <b>MARIA JOSE ALVES LEAO</b>	12-Fone: <b>86-99529-1998</b>		
13-Resp: <b>DAMIAO RIBEIRO MACIEL</b>	14-Fone: <b>86-99529-1998</b>		
15-Ender: <b>QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - 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>0408020407</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030996</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)</b>	Quant. Soli- cidata: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>BRAGA &amp; BRAGA</b>		

38-Profissional Responsável: <b>BERGIEL BARBOSA BEZERRA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CNS)
39-Data Solicitação: <b>24/03/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>809.651.803-87</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Fr 1/3 distal radio D + E*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>1/1/</b>	48-CNS/CPF: <b>Dr. Hugo José Sales</b> <b>Ortopedia e Traumatologia</b> <b>da Coluna Vertebral</b> <b>CRM 3638-TEST.12572</b>
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>1/1/</b>	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(RONALDO) BOCHA





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



## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diária / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	

HOSPITAL: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº AIH \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO ANTERIOR \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

paciente cl. 2.ª - ponto 15

Dr. Hugo José S. Reis  
Ortopedia e Traumatologia  
da Coluna Vertebral  
CRM 36381-2012572

DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante

### AUDITOR



DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante

MEDICO ASSISTENTE

MEDICO ASSISTENTE

### OBSERVAÇÕES

7SSW

2000-2001

Case 2: Group 1



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

235553

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

189473

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da  
Internação:

4-CNES

5828856

235553

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ADRIANO CABRAL LEAO

6 - Prontuário: 506447

7-CNS: 705803493560433

8-Nascimento: 14/07/1982

9-Sexo: Masculino

CPF: 992.369.823-87

11-Mãe: MARIA JOSE ALVES LEAO

12-Fone: 86-99529-1998

13-Resp: DAMIAO RIBEIRO MACIEL

14-Cor: Parda

15-Ende: QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - 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:

FRATURA BILATERAL DE RADIO DISTAL

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim:

S525

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408020407

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL-DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS

2

29-Clinica:

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

02

01

CPF

809.651.803-87

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

34-Data Solicitação:

24/03/2019

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PI 3909

35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No.Bilhete:

41-Série:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

## 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: (BERGIEL BEZERRA)

Consulta Local: 713721

Consulta SUS:

Impressão: 24/03/2019 01:49:10



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

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

ALL INFORMATION CONTAINED  
HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 09-04-2004 BY 60322  
FOR FREEDOM OF INFORMATION ACT



# 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: **ADRIANO CABRAL LEAO** (Prontuário: 506447)  
Endereço: QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 14/07/1982 Idade: 36a8m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 713721  
Requisição: 935123 Solicitação: 23/03/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO  
Controle: 1179158 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 23/03/2019

### PUNHO DIREITO

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

- Fratura cominutiva no rádio distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/03/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Elisio James Paes de Oliveira  
Médico Radiologista  
SIAUT - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**PEDIDO:** 148447

**PACIENTE:** ADRIANO CABRAL LEAO

**NOME DA MÃE:** MARIA JOSE ALVES LEAO

**DATA DO NASCIMENTO:** 14/07/1982

**MÉDICO SOLICITANTE:** CRM

**DATA DA REALIZAÇÃO:** 06/05/2019

**DATA DO LAUDO:** 10/05/2019

**CONVÊNIO:** SUS - AMBULATORIO

**RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com fios metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**


Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com fios metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\*Correlacionar com dados clínicos.

  
Nayra Virginia S. Costa  
CRM-PI 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

Av. Hymel Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (06) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 148447  
PACIENTE: ADRIANO CABRAL LEAO  
NOME DA MÃE: MARIA JOSE ALVES LEAO  
DATA DO NASCIMENTO: 14/07/1982  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 06/05/2019  
DATA DO LAUDO: 10/05/2019  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

### **RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com placa e parafusos metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**


Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com placa e parafusos metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\*Correlacionar com dados clínicos.

  
Naysa Virginia S. Costa  
CRM-PI 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520

ID: 148447  
Paciente: ADRIANO CABRAL LEAO  
Idade: 0867  
Sexo: M

HPM

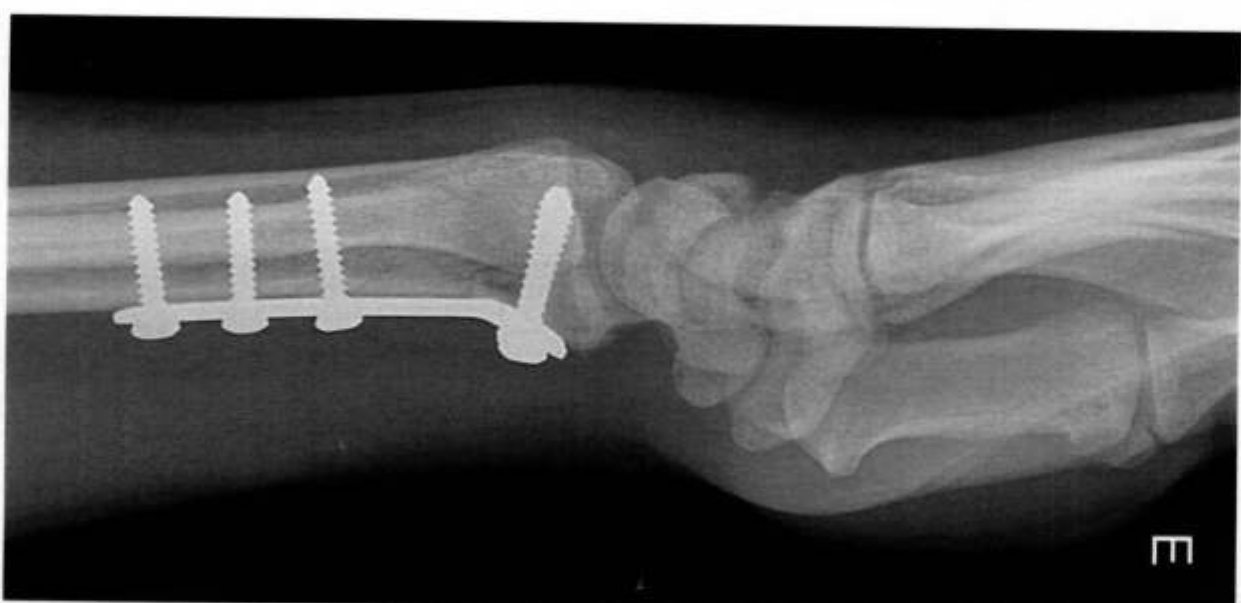
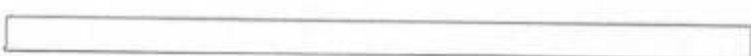


Hor: 12-18  
Exame: 29/04/2019



ID: 149447  
Paciente: ADRIANO CABRAL LEAO  
Idade: 036Y  
Sexo: M

HPM



Hora: 12:41  
Exame: 29/04/2019



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

CAR. GERAL ON  
DIPLOMA

RAIO-X REALIZADO  
DATA 23/03/2019

Técnico: P.S. Maciel  
Imp: 23/03/2019 22:08:02  
User: CAIO VAZ  
Estação: GESS001

# BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>ADRIANO CABRAL LEAO</b>		Prontuário: <b>506447</b>
Mãe: <b>MARIA JOSE ALVES LEAO</b>	Pai: <b>ANTONIO CABRAL DE AREA LEAO</b>	
End.Resid.: <b>QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>		
Nascimento: <b>14/07/1982</b>	Idade: <b>36a8m9d</b>	Sexo: <b>Masculino</b>
Responsável: <b>DAMIAO RIBEIRO MACIEL</b>	Fone: <b>86-99529-1998</b>	
Profissão: <b>MOTORISTA</b>	CNS: <b>705803493560433</b>	
G. Instrução: <b>Não informado</b>	Documento: <b>CPF: 992.369.823-87</b>	
		E.Civil: <b>Casado(a)</b>

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>713721</b>	Entrada: <b>23/03/2019 21:56:28</b>	Convênio: <b>S U S</b>	Proced: <b>0301060061</b>
Motivo da Procura			
Conforme Paciente/Acomp: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC</b>			
Condução: <b>AMBULÂNCIA DO SAMU</b>			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: <b>PROBLEMAS EM EXTREMIDADES</b>	Classificação: <b>Dor moderada</b>	Cor: <b>Amarelo</b>
Breve História Clas. Risco: HISTORIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE 40 MINUTOS, EVOLUINDO COM DOR E MOBILIDADE PREJUDICADA DE ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. ECG - 15. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.		ROMAK BEZERRA HOLANDA COREM 222664 PI Em: 23/03/2019 22:01:49

## SSVV:

(Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Peso: <b>0,00 Kg</b>	Altura: <b>0,00 M</b>	IMC: <b>0,00 Kg/m2</b>	Pulso: <b>bmp</b>	Pressão: <b>mmHg</b>
----------------------	-----------------------	------------------------	-------------------	----------------------

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE COM TRAUMA EM PUNHO BILATERAL DOR E DEFORMIDADE LOCAL  
FCC EM QUEIXO  
RX

SUTURA  
AVALIAÇÃO CIRURGIA GERAL

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

## Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

CID:  
S525

## Exames Complementares:

(1179158) - PUNHO DIREITO  
(1179159) - PUNHO ESQUERDO

## Prescrição Médica:

SF 0,9% 500ML EV ABERTO  
DIPIRONA 1G DIL EV AGORA  
TENOXICAM 20MG DIL EV AGORA

## Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável

CAIO VAZ DE OLIVEIRA  
CRM PI 3054 Em: 23/03/2019 22:08:01



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente ADRIANO COBRAL LÊS  
Diagnóstico pré-operatório FRAT PUNHA (D) + (E)  
Operação - Tipo RAFI FT PUNHA (D) + (E)  
Cirurgião Dr. Hugo 1º Assistente Dr. Bergel  
2º Assistente \_\_\_\_\_ 3º Assistente \_\_\_\_\_  
Instrumentador(a) \_\_\_\_\_ Anestesista \_\_\_\_\_ Anestesia \_\_\_\_\_  
Anestésico(a) \_\_\_\_\_

Data da Operação \_\_\_\_\_ Início \_\_\_\_\_ Fim \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Pós-operatório O mesmo  
Relatório Imediato do Patologista \_\_\_\_\_ Recebido em: \_\_\_\_\_  
04 JUL 2019  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Acidente Durante a Operação \_\_\_\_\_

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

1. JDIH SOB ANESTESIA
2. Preparo da região
3. Acesso ao PUNTO (E)
4. RAFI C/ PLACA VOZAN
5. RAFI FT PUNHA (D)
6. Suturas
7. Curativo
8. LIGA

Dr. Hugo José  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 36377 TEND



## FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIANome: **Adriano Cabral Leão** Sala: Alergia: **Nept** Data: **24/03/19**Procedimento: **Tto cirúrgico prot. - punho bilateral.** Cirurgião: **Dr. Hugo** Observações: **Nept comorbidade**

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	5	20	45
1 Dentanest 400mg	- 4ml (pre op)	→	4	3									
2 Propofol 1%	- 150mg (pre op)	→	150										
3 Atropina	- 25mg (pre op)	→	2ml										
4 Ketamina 1%	- 25mg												
5 Clonidina	- 40mcg												
6 Midazolam 5%	- 2mg (pre-op = pré-anestésico)												
7 Cerazoline	20												
8 Cetoroleno	100mg												
9 Ondansetron	4mg												
10 Dipirona	20												
11 Dexametasona	8mg												
12													
13													
Oxigeno	Flow = 40%												
Volatil	Sevo 2												
Acesso Vascular													
Periférico	MSD												
Cat. Venoso	22												
Dificuldade aces. venoso													
Gastos cateteres													
Central													
Via Aérea													
Cateter nasal													
X TOT ml	8,0												
LMA ml													
Monitorização													
X Cardioscopia													
X PANI													
X Oxímetro de pulso													
X ETCO2													
Outros													
Anestesia													
Geral Venosa													
X Geral Balanceada													
Raquianestesia													
Peridural													
Bloqueio Periférico													
Outros													
Decúbito	DDH												
SPO2 (%)	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%						
ETCO2 (mmHg)	34	35	35	35	35	35	35						
Aces. Venoso													
Aces. Venoso													
Diurese													
Perdas Sanguíneas													

Descrição da Anestesia:

TOT tubo 8,0 cl ayt AP=nl  
VTV=450 FR=10 FIO2=40% PEEP=5 RJE=1:1  
PPlato=15 Ppico=19. Bot-ocular.





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/03/2019

NOME DO PACIENTE: Adriano Cabral Neão	PRONTUÁRIO Nº: 506417
DIAGNÓSTICO: F4 Ponto (A) + (E)	CIRURGIA:
ANESTESIA: Geral	Nº DA SALA: 02
CIRURGIÃO: Dr. Hugo	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dra. Danielle	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Augustina	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 6.517.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALCOOL 70%	ML	20		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	20		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 20	UNID.	01		Eletrodos	"	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	"	04	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Csepon	"	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Tubo endot. nº 8.0	"		
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	3-0	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	2-0	01		CIRCULANTE: Helena			
PROLENE							





**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:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>235553</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>ADRIANO CABRAL LEAO</b>	6 - Prontuário: <b>506447</b>		
7-CNS: <b>705803493560433</b>	8-Nascimento: <b>14/07/1982</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	CPF: <b>992.369.823-87</b>
11-Mãe: <b>MARIA JOSE ALVES LEAO</b>	12-Fone: <b>86-99529-1998</b>		
13-Resp: <b>DAMIAO RIBEIRO MACIEL</b>	14-Fone: <b>86-99529-1998</b>		
15-Ender: <b>QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - 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>0408020407</b>	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO</b>	
31-Cod.Procedi- mento Especial <b>0702030996</b>	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)</b>	Quant. Soli- cidata: <b>1</b>
Fornecedor da OPM: <b>BRAGA &amp; BRAGA</b>		

38-Profissional Responsável: <b>BERGIEL BARBOSA BEZERRA</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CNS)
39-Data Solicitação: <b>24/03/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>809.651.803-87</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Fr 1/3 distal radio D + E*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>1/1/</b>	48-CNS/CPF: <b>Dr. Hugo José Sales</b> <b>Ortopedia e Traumatologia</b> <b>da Coluna Vertebral</b> <b>CRM 3638-TEST.12572</b>
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>1/1/</b>	52-CNS/CPF:
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(RONALDO) BOCHA

**Braga & Braga**  
**Importação e Exportação**

0297

СХ № 01

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

BRAGA&BRAGA		CNPJ:63607790000198	
FABRICANTE:		Prontuario: 50644x CNPJ:	
PACIENTE: Adriano Cabral Leão.			
RG.HOSPITAL: HUT.		COD.SIG TAP: 0702030996.	
DATA: 24/03/2019		ALTA: USADO:	
PROCEDIMENTO: Trat. distal ossos antebraço (E)			
MEDICO: D. Hugo.		CPF: CRM:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote
			QTD

[illegible]

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: 24/03/2019

Dr. HUGO  
Ortopedia e Traumatologia  
de Coluna e Artroscopia  
CRM 36387 - RJ

FRANCIS

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento



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



## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

<input type="checkbox"/>	Mudança de Procedimento	<input type="checkbox"/>	Órtese e prótese - OPME
<input type="checkbox"/>	Diária de UTI	<input type="checkbox"/>	Fatores de Coagulação
<input type="checkbox"/>	Diárias de Acompanhante	<input type="checkbox"/>	Gasoterapia
<input type="checkbox"/>	Hemoderivados	<input type="checkbox"/>	Nutrição Parenteral / Enteral
<input type="checkbox"/>	Diária / Hemodiálise	<input type="checkbox"/>	Procedimento fora da faixa etária
<input type="checkbox"/>	Albumina Humana 20%	<input type="checkbox"/>	

HOSPITAL: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº AIH \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO ANTERIOR \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

paciente cl. LA - ponto 15

Dr. Hugo José S. Reis  
Ortopedia e Traumatologia  
da Coluna Vertebral  
CRM 36381-2012572

DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante

### AUDITOR



DATA: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Solicitante

MEDICO ASSISTENTE

MEDICO ASSISTENTE

### OBSERVAÇÕES

7SSW

2025-01-11

A

Page 2 of 2



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

235553

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

189473

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da  
Internação:

4-CNES

5828856

235553

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ADRIANO CABRAL LEAO

6 - Prontuário: 506447

7-CNS: 705803493560433

8-Nascimento: 14/07/1982

9-Sexo: Masculino

CPF: 992.369.823-87

11-Mãe: MARIA JOSE ALVES LEAO

12-Fone: 86-99529-1998

13-Resp: DAMIAO RIBEIRO MACIEL

14-Cor: Parda

15-Endereço: QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - 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:

FRATURA BILATERAL DE RADIO DISTAL

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim:

S525

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408020407

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL-DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS

2

29-Clinica:

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

02

01

CPF

809.651.803-87

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

34-Data Solicitação:

24/03/2019

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PI 3909

35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito

37- ( ) Acidente Trabalho Típico

38- ( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No.Bilhete:

41-Série:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

## 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: (BERGIEL BEZERRA)

Consulta Local: 713721

Consulta SUS:

Impressão: 24/03/2019 01:49:10



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

Paciente:	<b>ADRIANO CABRAL LEAO</b> (Prontuário: 506447)				
Endereço:	QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Nascimento:	14/07/1982	Idade: 36a8m11d	Sexo: Masculino	Origem: URGÊNCIA/EMERG	Atendimento: 713721
Requisição:	935123	Solicitação: 23/03/2019	Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO		
Controle:	1179159	Convênio: S U S			

Data Exam: 23/03/2019

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

- Fratura cominutiva no rádio distal.

TERESINA - PI 25/03/2019

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Professional Responsável

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

ALL INFORMATION CONTAINED  
HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 08-11-2004 BY 60322  
FOR FREEDOM OF INFORMATION ACT



# 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: **ADRIANO CABRAL LEAO** (Prontuário: 506447)  
Endereço: QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 14/07/1982 Idade: 36a8m11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 713721  
Requisição: 935123 Solicitação: 23/03/2019 Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO  
Controle: 1179158 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 23/03/2019

### PUNHO DIREITO

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

- Fratura cominutiva no rádio distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/03/2019

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Elisio James Paes de Oliveira  
Médico Radiologista  
SIAUT - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**PEDIDO:** 148447

**PACIENTE:** ADRIANO CABRAL LEAO

**NOME DA MÃE:** MARIA JOSE ALVES LEAO

**DATA DO NASCIMENTO:** 14/07/1982

**MÉDICO SOLICITANTE:** CRM

**DATA DA REALIZAÇÃO:** 06/05/2019

**DATA DO LAUDO:** 10/05/2019

**CONVÊNIO:** SUS - AMBULATORIO

### **RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com fios metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**


Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com fios metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\*Correlacionar com dados clínicos.

  
Nayra Virginia S. Costa  
CRM-PI 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

Av. Hymel Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (06) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 148447  
PACIENTE: ADRIANO CABRAL LEAO  
NOME DA MÃE: MARIA JOSE ALVES LEAO  
DATA DO NASCIMENTO: 14/07/1982  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 06/05/2019  
DATA DO LAUDO: 10/05/2019  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

### **RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com placa e parafusos metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**


Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com placa e parafusos metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

\*Correlacionar com dados clínicos.

  
Naysa Virginia S. Costa  
CRM-PI 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA**  
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520

ID: 148447  
Paciente: ADRIANO CABRAL LEAO  
Idade: 0867  
Sexo: M

HPM

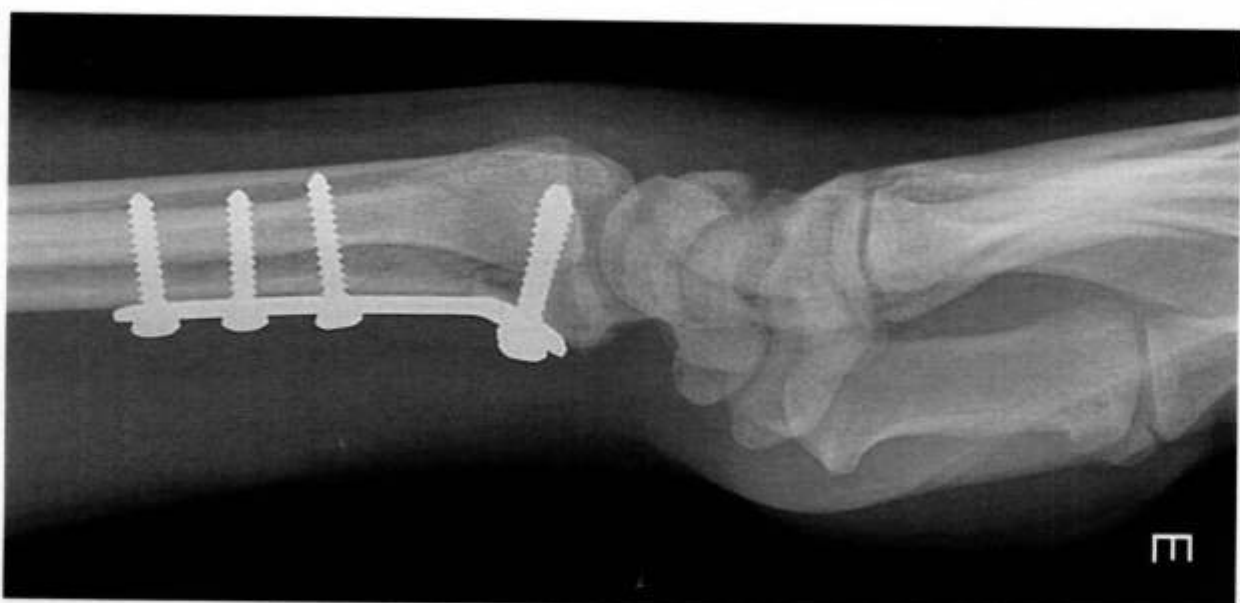
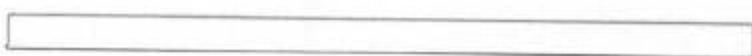
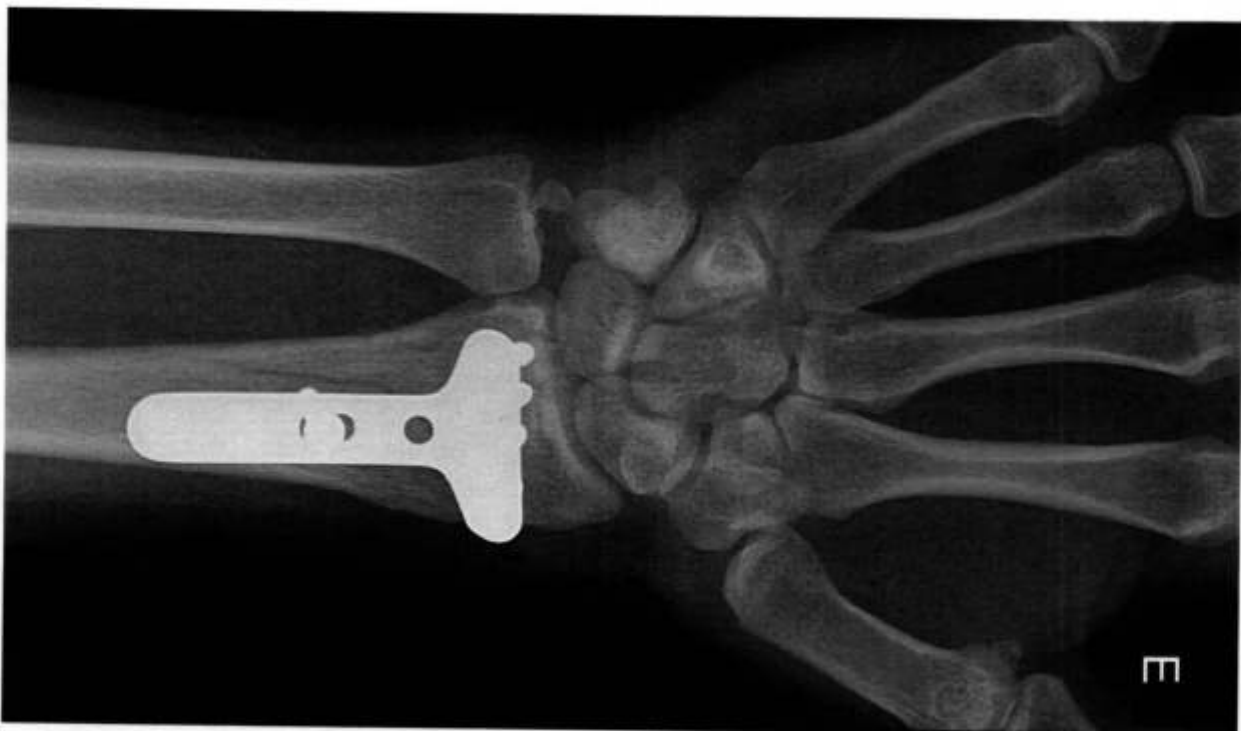


Horc: 12-18  
Exame: 29/04/2019



ID: 148447  
Paciente: ADRIANO CABRAL LEAO  
Idade: 036Y  
Sexo: M

HPM



Hora: 12:41  
Exame: 29/04/2019



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**  
**RECEITUÁRIO**



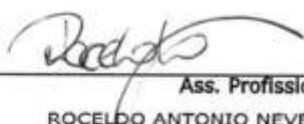
**DADOS DO PACIENTE**

NOME: ADRIANO CABRAL LEAO			
DATA NASC.: 14/07/1982	IDADE: 37 Anos 1 Mês 21 Dias	SEXO: Masculino	ESTADO CIVIL:
ENDEREÇO: DIRCEU ARCOVERDE-IIQ 289 CASA 14		Nº 14	COMPL.:
BAIRRO: ITARARE	CIDADE: TERESINA	CEP: 64078350	

**LAUDO MÉDICO**

PACIENTE APRESENTA SEQUELA DE FRATURAS DE RADIO DISTAL BILATERAL CONSOLIDADAS, REALIZADO OSTEOSINTESE : PUNHO DIREITO COM FIOS DE KIRSNHER E PUNHO ESQUERDO COM PLACA E PARAFUSOS , NO MOMENTO APRESENTA COMO SEQUELA PERDA DE FORÇA E RESISTENCIA A ESFORÇOS NOTADAMENTE EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, A QUAL APRESENTA PERDA EM TORNO DE 50% EM RELAÇÃO AO CONTRA-LATERAL , ASSOCIADA A LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA PARA FLEXAO DORSAL E VOLAR DO PUNHO DIEITO E PERDA DE 25% PRONO-SUPINAÇÃO , SEQUELA FINAL E IRREVERSIVEL.

Data: 04/09/2019

  
Ass. Profissional  
ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO  
Conselho: 3531

**Rocelão Rego**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-P13531/CRM-MA 648

**"Humanizando e Cuidado Bem da Sua Saúde"**

Av. Higinio Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1528 - Fax: (86) 3216 - 1520  
CEP: 64.014-220 - Teresina - Piauí - CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

Recebido em:

12 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.168.096

27/07/17

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

NOME  
ADRIANO CABRAL LEÃO

FILIAÇÃO  
MARIA JOSÉ ALVES LEÃO  
ANTONIO CABRAL DE ARÊA LEÃO

NATURALIDADE  
TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO  
14/07/1982

DOC ORIGEM  
CERT. CASAM. 28622 L B88 F 113  
EXP TERESINA-PI 19/05/17  
CHE 992.369.823-87  
1116955

Francisco das Chagas Pinheiro Martins  
Perito Criminalista Policial Classe Especial

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

Recebido em  
02/08/2017  
MEDICINA FORENSE  
SEGUNDOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Recebido em

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS



1116955

*Adriano Cabral Dias*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



## Pedido de Reanálise

Eu, Adriano Cabral Leão, Portador do Rb. 2.168.09655PA, inscrito no CPF 992.369.823.87 venho diante esta Seguradora, Solicitar, uma nova análise do Processo do sinistro nº 3190412146 de cobertura de invalidez devido ao acidente ocorrido no dia 23 de Maio de 2019, que tive como indenização um valor abaixo do esperado de 3.375,00 (três mil, trezentos e setenta e cinco reais).

Neste sentido e com base nos atestados que comprovam que as sequelas têm percentagem maior do que já foi pago, (atestados em anexo), assim seja encaminhado para perícia Médica pela Seguradora, Para constatar as devidas Lesões.

Teresina, 12 de Setembro de 2019

Adriano Cabral Leão  
CPF. 992.369.823.87

Recebido em:

12 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
RECEITUÁRIO



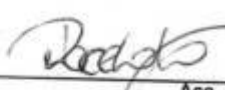
DADOS DO PACIENTE

NOME: ADRIANO CABRAL LEAO  
DATA NASC.: 14/07/1982 IDADE: 37 Anos 1 Mês 21 Dias SEXO: Masculino ESTADO CIVIL:  
ENDEREÇO: DIRCEU ARCOVERDE-IIQ 289 CASA 14 Nº 14 COMPL.:  
BAIRRO: ITARARE CIDADE: TERESINA CEP: 64078350

LAUDO MÉDICO

PACIENTE APRESENTA SEQUELA DE FRATURAS DE RADIO DISTAL BILATERAL CONSOLIDADAS, REALIZADO OSTEOSINTESE : PUNHO DIREITO COM FIOS DE KIRSNHER E PUNHO ESQUERDO COM PLACA E PARAFUSOS , NO MOMENTO APRESENTA COMO SEQUELA PERDA DE FORÇA E RESISTENCIA A ESFORÇOS NOTADAMENTE EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, A QUAL APRESENTA PERDA EM TORNO DE 50% EM RELAÇÃO AO CONTRA-LATERAL , ASSOCIADA A LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA PARA FLEXAO DORSAL E VOLAR DO PUNHO DIEITO E PERDA DE 25% PRONO-SUPINAÇÃO , SEQUELA FINAL E IRREVERSIVEL.

Data: 04/09/2019

  
Ass. Profissional  
ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO  
Conselho: 3531

**Rocelão Rego**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 3531 / CRM-MA 648

"Humanizando e Cuidado Bem da Sua Saúde"

Av. Hígino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1528 - Fax: (86) 3216 - 1520  
CEP: 64.014-220 - Teresina - Piauí - CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

Recebido em:

12 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190412146 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO CABRAL LEAO **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL BILATERAL

**Descrição do exame físico:** PACIENTE APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS EM PUNHO BILATERAL, COM ATROFIA MUSCULAR LOCAL; ADM DE PUNHO DIREITO: EXTENSÃO 30°; FLEXÃO 45°; DESVIO RADIAL 10°; DESVIO ULNAR 15°; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 25°; FLEXÃO 40° DESVIO RADIAL 10°; DESVIO ULNAR 10.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL BILATERAL, MEDIANTE FIOS METÁLICOS EM PUNHO DIREITO, PLACA E PARAFUSOS EM PUNHO ESQUERDO; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO BILATERAL.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito em grau médio, Limitação funcional do punho esquerdo em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 24/09/2019

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** Indenização em grau médio dos punhos devido à limitação da mobilidade articular. Vítima já indenizada em 100% de 25%, portanto, nada a acrescentar ao indenizado. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

## 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:** 3190412146 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO CABRAL LEAO **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL BILATERAL

**Descrição do exame físico:** PACIENTE APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS EM PUNHO BILATERAL, COM ATROFIA MUSCULAR LOCAL; ADM DE PUNHO DIREITO: EXTENSÃO 30º; FLEXÃO 45º; DESVIO RADIAL 10º; DESVIO ULNAR 15ª; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 25º; FLEXÃO 40º DESVIO RADIAL 10º; DSVIO ULNAR 10.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL BILATERAL, MEDIANTE FIOS METÁLICOS EM PUNHO DIREITO, PLACA E PARAFUSOS EM PUNHO ESQUERDO; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO BILATERAL.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito em grau médio, Limitação funcional do punho esquerdo em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 24/09/2019

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** Indenização em grau médio dos punhos devido à limitação da mobilidade articular. Vítima já indenizada em 100% de 25%, portanto, nada a acrescentar ao indenizado. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**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:** 3190412146 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO CABRAL LEAO **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO BILATERAL. PG. 10,11

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 2,12,13,14,15.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190412146 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO CABRAL LEAO **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO BILATERAL. PG. 10,11

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 2,12,13,14,15.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO E ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190412146 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO CABRAL LEAO **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO BILATERAL. PG. 10,11

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 2,12,13,14,15. ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EM 10/07/2019 , EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA EM MODERADA PARA PUNHO DIREITO.

@ P.01

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190412146 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO CABRAL LEAO **Data do acidente:** 23/03/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO BILATERAL. PG. 10,11

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 2,12,13,14,15. ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EM 10/07/2019 , EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA EM MODERADA PARA PUNHO DIREITO.

@ P.01

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

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0225381/19

**Número do Sinistro:** 3190412146

**Vítima:** ADRIANO CABRAL LEAO

**CPF:** 992.369.823-87

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 23/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADRIANO CABRAL LEAO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

**ADRIANO CABRAL LEAO : 992.369.823-87**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019  
Nome: ADRIANO CABRAL LEAO  
CPF: 992.369.823-87

ADRIANO CABRAL LEAO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

---

**Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190412146**

**Vítima: ADRIANO CABRAL LEAO**

**Data do Acidente: 23/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ADRIANO CABRAL LEAO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190412146**

**Vítima: ADRIANO CABRAL LEAO**

**Data do Acidente: 23/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), ADRIANO CABRAL LEAO**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190412146

Vítima: ADRIANO CABRAL LEAO

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ADRIANO CABRAL LEAO**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **ADRIANO CABRAL LEAO**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **855**

Conta: **00000120905-2**

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



**Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190412146**                      **Vítima: ADRIANO CABRAL LEAO**

**Data do Acidente: 23/03/2019**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ADRIANO CABRAL LEAO**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190412146                      Vítima: ADRIANO CABRAL LEAO

Data do Acidente: 23/03/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

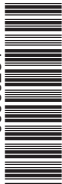
Senhor(a), ADRIANO CABRAL LEAO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/09/2019, 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



**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: **3190412146**

Nome do(a) Examinado(a): **ADRIANO CABRAL LEAO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Cond Dirceu Arcoverde II, Q-287, C 14 - Itararé - Teresina - PI - CEP 64078-350**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **268096**

Data e local do acidente: [ **23/03/2019** ]

**AVENIDA NOÉ MENDES, DIRCEU ARCOVERDE, TERESINA-PI**

Data e local do exame: [ **24/09/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE RÁDIO DISTAL BILATERAL**

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

**PACIENTE APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS EM PUNHO BILATERAL, COM ATROFIA MUSCULAR LOCAL; ADM DE PUNHO DIREITO: EXTENSÃO 30º; FLEXÃO 45º; DESVIO RADIAL 10º; DESVIO ULNAR 15º; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 25º; FLEXÃO 40º DESVIO RADIAL 10º; DESVIO ULNAR 10º**

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL BILATERAL, MEDIANTE FIOS METÁLICOS EM PUNHO DIREITO, PLACA E PARAFUSOS EM PUNHO ESQUERDO; EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO BILATERAL**

**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 DE PUNHO BILATERAL**

**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):

**PUNHO DIREITO**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

**PUNHO ESQUERDO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 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.



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

992-369-923-87 ADRIANO CABRAL LEÃO

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

ADRIANO CABRAL LEÃO

992-369-923-87

RECUSO

Q 287 CASA 14 - STARARE

64078-350

DIRCEU ARCOR VERDETT

TERESINA

PJ

64078-350

86-8128-0387

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0855 CONTA: 120905 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 indenização ou estruturação de avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Recebido em:

30 JUL 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TERESINA 30 DE JULHO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	992 369823 87	ADRIANO CABRAL LEÃO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
ADRIANO CABRAL LEÃO		992.369823 87	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSO	R 289 CASA 14 ITAXAYÉ		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
DIKEU ARCOVERDE II	TERESINA	PI.	64078-350
E-mail:	Tel. (DDD):		
	86.8128 0387		

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

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Só para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0855	CONTA: 120905	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

## 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 acidente.

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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data:	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Nome:	
CPF:	

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª   Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2ª   Nome:	
CPF:	
Assinatura	

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  
3190412146

3 - CPF da vítima:  
992369823-87

4 - Nome completo da vítima:  
ADRIANO CABRAL LEAO

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

5 - Nome completo:  
ADRIANO CABRAL LEAO

6 - CPF:  
992369823-87

7 - Profissão:  
MOTORISTA

8 - Endereço:  
Q -289

9 - Número:  
14

10 - Complemento:

11 - Bairro:  
DIRCEU II

12 - Cidade:  
TERESINA

13 - Estado:  
PI

14 - CEP:  
64078-350

15 - E-mail:  
aacio.mano@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):  
(86)9.9408 -0616

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 120905

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascer (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TERESINA, 12/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8017 2178 5040

6277

VALIDO ATÉ

10/24

ADRIANO CABRAL LEAO

0855 013 00120905-2

e!c



Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001523/2019-51**

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Res. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 24/04/2019 - 11:34

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

23/03/2019 - 20:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE II

Endereço

AV; NOE MENDES, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

CPLEGIO DACIO

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: **ADRIANO CABRAL LEAO**

RG: 2168096

Mãe: MARIA JOSE ALVES LEAO

Endereço: QD, 289, CASA 14, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA

Nome: **RONNIVAL CABRAL LEAO**

RG: 1948003

Mãe: MARIA JOSE ALVES LEAO

Endereço: QD 302, CASA 06, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Colisão, Abaloamento ou Choque de veículo(s) sem vítima.

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O NOTICIANTE RELATA QUE SEU IRMAO CONDUZIA A MOTO/YAMAHA/FACTOR YBR125, ANO 2012, COR AZUL PLACA-ODU-5266-PI, RENAVAM-00540992720, DE PROPRIEDADE DE RONNIVAL CABRAL LEAO, CPF- 64321720397, O NOTICIANTE RELATA QUE A VITIMA TRAFEGAVA PELA VIA SUPRACITADA CITADA, QUANDO OUTRA MOTO NAO IDENTIFICADA, BATEU NA LATERAL CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PROTOUÁRIO:506447. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

RONNIVAL CABRAL LEAO - Noticiante  
Responsável pela Informação

**Recebido em:**

04 JUL 2019

**MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS**

Delegado de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **MORTE**

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	992.369823-87	ADRIANO CABRAL LEÃO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
ADRIANO CABRAL LEÃO		992.369823-87	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSO	R 289 CASA 14 ITAXAYÉ		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
DIRETO ARCOVERDE II	TERESINA	PI.	64078-350
E-mail:	Tel.(DDD):		
	86.8128 0337		

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

**RENDA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Só para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
0855	120905 2		
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

## 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 sinistro.

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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A-ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Adriano Cabral Leão*

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



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

CAR. GERAL ON  
DIPLOMA

RAIO-X REALIZADO  
DATA 23/03/2019

Técnico: P.S. Maciel  
Imp: 23/03/2019 22:08:02  
User: CAIO VAZ  
Estação: GESS001

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>ADRIANO CABRAL LEAO</b>		Prontuário: <b>506447</b>
Mãe: <b>MARIA JOSE ALVES LEAO</b>	Pai: <b>ANTONIO CABRAL DE AREA LEAO</b>	
End.Resid.: <b>QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010</b>		
Nascimento: <b>14/07/1982</b>	Idade: <b>36a8m9d</b>	Sexo: <b>Masculino</b> Fone: <b>86-99529-1998</b>
Responsável: <b>DAMIAO RIBEIRO MACIEL</b>	CNS: <b>705803493560433</b>	
Profissão: <b>MOTORISTA</b>	Documento: <b>CPF: 992.369.823-87</b>	
G. Instrução: <b>Não informado</b>	E.Civil: <b>Casado(a)</b>	

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>713721</b>	Entrada: <b>23/03/2019 21:56:28</b>	Convênio: <b>S U S</b>	Proced: <b>0301060061</b>
Motivo da Procura			
Conforme Paciente/Acomp: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC</b>			
Condução: <b>AMBULÂNCIA DO SAMU</b>			

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: <b>PROBLEMAS EM EXTREMIDADES</b>	Classificação: <b>Dor moderada</b>	Cor: <b>Amarelo</b>
Breve História Clas. Risco: HISTORIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE 40 MINUTOS, EVOLUINDO COM DOR E MOBILIDADE PREJUDICADA DE ANTEBRAÇOS DIREITO E ESQUERDO. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. ECG - 15. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.		ROMAK BEZERRA HOLANDA COREM 222664 PI Em: 23/03/2019 22:01:49

### SSVV: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Peso: <b>0,00 Kg</b>	Altura: <b>0,00 M</b>	IMC: <b>0,00 Kg/m2</b>	Pulso: <b>bmp</b>	Pressão: <b>mmHg</b>
----------------------	-----------------------	------------------------	-------------------	----------------------

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE COM TRAUMA EM PUNHO BILATERAL DOR E DEFORMIDADE LOCAL  
FCC EM QUEIXO  
RX

SUTURA  
AVALIAÇÃO CIRURGIA GERAL

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

### Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

CID:  
S525

### Exames Complementares:

(1179158) - PUNHO DIREITO  
(1179159) - PUNHO ESQUERDO

### Prescrição Médica:

SF 0,9% 500ML EV ABERTO  
DIPIRONA 1G DIL EV AGORA  
TENOXICAM 20MG DIL EV AGORA

### Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

CAIO VAZ DE OLIVEIRA  
CRM PI 3054 Em: 23/03/2019 22:08:01





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
19

**Dados do Chamado**  
01 N° do chamado: 3655  
02 Data do chamado: 23/3/19  
03 PRO (código): 1003  
04 Saída do PA: 27.2004.3  
05 Chegada ao local: 27.2004.3

**Local da Ocorrência**  
06 Saída do local:  
07 Chegada ao 1° hospital:  
08 Saída do 1° hospital:  
09 Chegada ao 2° hospital:  
10 Endereço: Av. Noel Mendes  
11 Bairro: Anau I  
12 Município-UF: Colégio Didácio Silva  
13 Ponto de referência:  
14 Nome: Adriano Gabriel  
15 Sexo: 1 - Masculino, 2 - Feminino, 9 - Ignorado  
16 Idade: 78  
Se idade ignorada, preencha com 999  
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim, 2 - Não, 9 - Ignorado

**Tipo de Ocorrência**  
18 Tipo de ocorrência:  
01 - Acidente de transporte  
02 - Agressão física-espantamento  
03 - Agressão física-FAF  
04 - Agressão física-FAB  
05 - Urgência psiquiátrica  
06 - Tentativa de suicídio  
07 - Envenenamento  
08 - Afogamento  
09 - Queimadura  
10 - Choque elétrico  
11 - Queda  
12 - Urgência clínica  
13 - Urgência obstétrica  
14 - Transferência  
15 - Exames complementares  
16 - Outros  
17 - Já removido  
18 - Falso chamado

**Acidente de Transporte**  
19 Vitima: 1 - Pedestre, 2 - Condutor, 3 - Passageiro, 9 - Ignorado  
20 Meio de locomoção: 1 - A pé, 2 - Automóvel, 3 - Motocicleta, 4 - Bicicleta, 5 - Ônibus/Micro-ônibus, 6 - Outro, 9 - Ignorado  
21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel, 2 - Motocicleta, 3 - Ônibus/Micro-ônibus, 4 - Bicicleta, 5 - Objeto fixo, 6 - Animal, 7 - Outra, 9 - Ignorado  
22 Equipamentos de segurança: 1 - Capacete, 2 - Airbag, 3 - Cinto de segurança, 4 - Assento para criança

**Exame Físico**  
23 Glasgow = 15  
ABERTURA OCULAR:  
4 - Espontânea  
3 - À voz  
2 - À dor  
1 - Nenhuma  
24 Sinais Vitais:  
Pulso: 72  
Resp.:  
PA:  
TAX:  
SatO2: 99  
25 Local da lesão:  
26 Pupilas: 1 - Iguais, 2 - Desiguais  
27 Pulso: Radial, Central, 1 - Cheio, 2 - Fino, 3 - Ausente  
28 Sangramento: 1 - Sim, 2 - Não  
29 Dor: 0 - Sem Dor, 1 - Leve, 2 - Moderada, 3 - Intensa, 4 - Escala de dor de 0 a 10  
30 Fratura: 1 - Sim, 2 - Exposta, 3 - Fechada, 4 - Não, 5 - Suspeito

**Assistência**  
31 Procedimentos realizados (1 - Sim, 2 - Não):  
Aspiração, Oxiênio, Curativos, Prancha longa/curta, Colar cervical, Kred, Imobilização de extremidades, Reanimação cardiopulmonar, Assistência obstétrica, Glicemia, Acesso Venoso, Medicamentos a), b)  
32 Hospital de Destino:  
33 Condições de entrada: 1 - Melhorado, 2 - Piorando, 3 - Inalterado  
34 Óbito: 1 - Sim, 2 - Não, 3 - Não Removido

Observações Interdisciplinar:  
paciente vítima de episódios entre mãos com fratura fechada em punho de 6. Evoluiu com dor, deformado de e limitação de movimento.

Responsável pela recepção:  
Socorristas Médico: AE/TE  
Enfermeiro Condutor:  
Versão: 27.11.2011