

# 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

Recebido em:  
04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

<b>ÁGUAS DE TERESINA</b>		CNPJ 27157474000106 - IE 195965574 Av. Odilon Araújo, 1035, Piçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199			
NOME/ENDERECO MORADOR: MARIA JOSE ALVES LEAO CON DIRCEU ARCOVERDE II Q-287 Q-291, Q-289-C-014-ITARARE-TERESINA-PI-cep: 64078350		MATRÍCULA 12930229-5	FATURA Nº MÊS/ANO 150790534 3/2019		
LOCALIZAÇÃO 007-00078-001105		GRUPO 007	NÚMERO DO HIDRÔMATE Y185137796		
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS / ANO TIPO LÍDOS FATURADO 02/2019 L140 27 23 01/2019 L140 33 33 12/2018 L140 25 25 11/2018 L140 28 28 10/2018 L140 26 26 09/2018 L140 29 29		ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal			
DATA LEITURA ANTERIOR 12/02/2019 64 ATUAL 12/03/2019 89		CONSUMO MÊS ANTES 25	IAT 10.7418012 PIL PASPA 17.4541 .000 + 1.74 COFINS 167.1547.000 + 6,22		
TABELA DE TARIFAS RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (N) 0 10 2,6450 65 10 25 4,0060 65 25 55 5,5999 65		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA VALOR REFERENTE ÁGUA - 107,95 IAT 10.7418012 > Residencial-Normal 25,0 m <sup>3</sup> 107,95			
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (N)		VENCIMENTO 24/03/2019			
IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES		TOTAL A PAGAR 107,95			
MENSAGEM PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO USE O CODIGO: 00 + NÚMERO DA MATRÍCULA + DIGITO.					
<b>NOTIFICAÇÃO</b> Para 00 dias da vencimento, o não pagamento dessa fatura irá gerar a suspensão dos serviços. Código: Lei nº 10.639/2003, art. 11,446,2007, Art. 40, Inciso V e II, art. 6,907,945, art. 10, 107, 1080					
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	6,00-8,50
TURBIDEZ	2854	2664	190	2,98	Inferior a 3
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
CONFORMES TOTAS	902	901	1	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	902	902	0	Ausencia	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 - IE 195965574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Piçarra - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

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

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 HIDRÔMEO  
Y185137796

HISTÓRICO DE CONSUMO  
MÊS / ANO TIPO LÍDOS FATURADO  
02/2019 L140 27 23  
01/2019 L140 33 33  
12/2018 L140 25 25  
11/2018 L140 28 28  
10/2018 L140 26 26  
09/2018 L140 29 29

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA  
1 Residencial - Normal

DIA LÉTURA  
ANTERIOR 12/02/2019 64  
ATUAL 12/03/2019 89

CONSUMO MÊS ANTES 25  
PIS/PASEP: 127.4541.456 - 1.74  
COFINS: 107.1547.000 - 6,22

TABELA DE TARIFAS  
RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (%)  
0 10 2,6450 65  
10 25 4,0060 65  
25 55 5,5999 81,500 65

DESCRÍCIONE  
VALOR REFERENTE ÁGUA - 107,95  
> Residencial-Normal 25,0 m<sup>3</sup> 107,95

DESCRÍCIONE DOS SERVIÇOS DA FATURA  
VENIMENTE 24/03/2019 TOTAL A PAGAR 107,95

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM  
PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO USE O  
CÓDIGO: 00 + NÚMERO DA MATRÍCULA + DIGITO.

**NOTIFICAÇÃO**  
Neste dia dia de pagamento, o não pagamento desse débito irá gerar a suspensão desse serviço.  
Código: Lei nº 10.639/2003, art. 11,446,2007, art. 40, inciso V e art. 6,921,946, art. 10º, inciso

**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	6,00-8,50
TURBIDEZ	2854	2664	190	2,98	Inferior a 3

**CARACTERÍSTICAS MICROBIOLOGICAS 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	Ausencia	Ausente
ESCHERICHIA COLI	902	902	0	Ausencia	Ausente

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

# 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 27/02/2018

Órgão SSP-PI

, portador do CPF nº 643.217.203-97

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de  
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

CONF. DIREC. ARCO VERDE 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 YBR 125 Ano: 2012/2013

Placa: 0UD 5266 Chassi: 9C6KE15000000000 74652

Data do Acidente: 23/03/19

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

Local e Data: TERESINA 08 06 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 General Ribeiro 1222 - Centro - CEP 60130-000 - Fone: (86) 3220-0000 - Email: [teresina@teresina.tjpi.jus.br](mailto:teresina@teresina.tjpi.jus.br)  
Site: [teresina.tjpi.jus.br](http://teresina.tjpi.jus.br)

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RONNIVAL CABRAL  
LEÃO, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.  
Teresina-PI, 06/04/2019. Selo: AAB892951-AG04  
[www.tjpi.jus.br/pontalextra](http://www.tjpi.jus.br/pontalextra)

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

3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO  
3º Ofício de Notas  
Juditte de Castro Cardoso  
Escrivente Compromissada  
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

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<u>Classificação:</u> Dor moderada	<u>Cor:</u> Amarelo
Breve História Clas. Risco: HISTÓRIA 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

<u>SSVV:</u>	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg

### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

Recebido em:

04 JUL 2019

### MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

<u>Diagnóstico Inicial:</u> Fratura da extremidade distal do rádio	<u>CID:</u> 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

Caio Vaz de Oliveira Neto  
CRM PI 3054



## **RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Nome do Paciente

Adriano CARRELO LIMA

### Diagnóstico pré-operatório

first pump ② + ④

### Operação - Tipo

RAFI FT PUNZ + (E) + (E)

## Cirurgiāo

Do they

### 1º Assistente

## 2. Assistente

Dr. Bergof

**Instrumentador(a)**

Anestesiolo-

## Anesthesia

### Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

## Diagnóstico Pós-operatório

On the

Recebido em:

04 JUL 2019

## MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

#### Acidente Durante a Operação

## DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (gadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. DDIH SOB ANTES.
  2. Preparamos MARIN
  3. Acesso AO PUNTO (E)
  4. RAFI / PLACA VOCAM
  5. RFPI PT PUNTO (D)
  6. Sistemas
  7. Centro
  8. IATA



## FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON RODRIGUES  
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Adriano Cabral Leão  
Procedimento: Tto cirúrgico prot - plante bilateral  
Cirurgião: Dr. Hugo  
Data: 24/03/19  
Sala: Alergia: Nepe  
Observações: Nepe comorbidades

Agentes	Umid	15	30	45	15	30	45	5	15	30	45
1) Fentanest 0.05% - 4ml (foreâneo) -		4	3								
2) Propofol 1% - 100ml (foreâneo) -				50							
3) Atracúno - 25ml (foreâneo) - 2ml											
4) Ketamina 1% - 25mg -											
5) Urocaclina - 400ug											
6) Midazolam 0.5% - 2mg (pré-op = pré- anestésico) -											
7) Cetazoline - 20											
8) Cetoprofeno 100mg											
9) Ondansetron 4mg											
10) Dipirona 2g											
11) Dexametasona 8mg											
12) <del>13)</del>											
Or. Anest. $F_{iO_2} = 40\%$											
ARINZO											
Volutar Sono 2	%				→	→	→	→	→	→	→

## Acesso Vascular

- Periférico MSD
- Cat. Venosa n° 22
- Dificuldade aces. venoso
- Gastos cateteres
- Central

## Via Aérea

- Catelet nasal 8,0
- IOT n° 8,0
- LMA n°

## Monitorização

- Cardioscopia
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO<sub>2</sub>
- Outros

## Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Rauianestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

## Decúbito: DNH

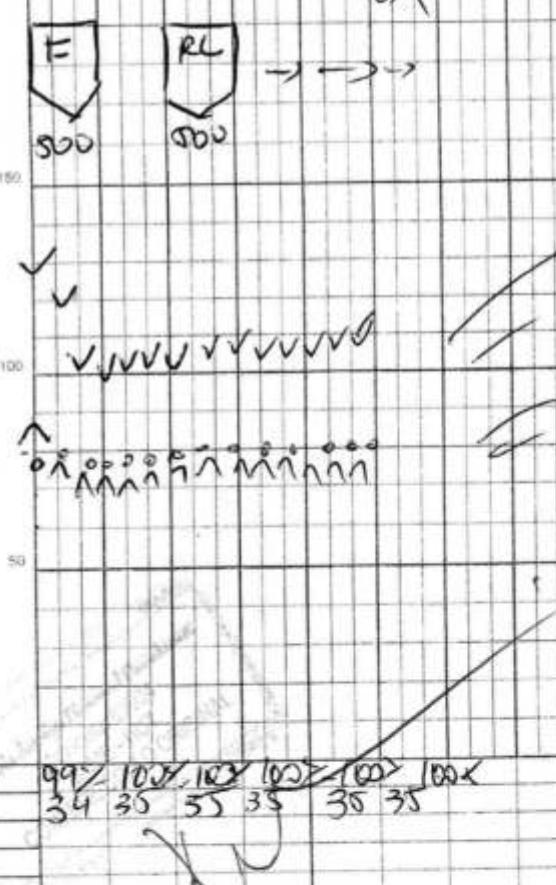
SPO <sub>2</sub> (%)	99	100	100	100	100	100
ETCO <sub>2</sub> (mmHg)	34	35	35	35	35	35

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas



extubado e intubado -  
encaminhado a  
SOPA, soitur -  
FC -  
PACM =

## Descrição da Anestesia

IOT tubo 8,0 c/ cuff AP=nl  
 $VCO = 450$  FR=10  $F_{iO_2} = 40\%$   $PEEP = 5$   $R/I/E = 1:1$   
 $P_{Plato} = 15$   $P_{pico} = 19$ . Biot-ocular.

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

 DATA 24/03/2019

NOME DO PACIENTE:		Adriano Cabral Neão		PRONTUÁRIO Nº:	506447
DIAGNÓSTICO:		P4 Preto (A) + (E)		CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Geral		Nº DA SALA:	02
CIRURGIAO:		Dr. Hugo		CPF Nº:	
AUXILIAR:				CPF Nº:	
ANESTESIA:		Dra. Danielle		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:		Augusta		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 N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° 20	UNID.	01		Eletrodos	11	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Crepon	11	04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Tubo endot. nº 8,0	11	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:

**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-Fone: **86-99529-1998**

15-Ender: **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**

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip.

**0408020407**

30 - Procedimento Principal / Descrição:

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

31-Cod.Procedi-  
mento Especial

**0702030996**

32 - Descrição do Procedimento Especial:

**PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)**

Quant. Soli-  
cidada:

**1**

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável:

**BERGIEL BARBOSA BEZERRA**

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

**24/03/2019**

40-No.Doc. Méd. Solic.:

**809.651.803-87**

41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRN)

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Pt 1/3 distal radio D + C*

**AUTORIZAÇÃO**

6 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

*Hugo J. S. S. SELE  
Ortopedia e Traumatologia  
da Coluna Vertebral  
CRM 3618 - TEOL 125/02*

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle  
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

*(RONALDO RODRIGUES)*



# Braga & Braga

## Importação e Exportação

0297

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

BRAGA&BRAGA	CNPJ:63607790000198				
FABRICANTE :	Prontuário : 506447	CNPJ:			
PACIENTE:	Adriano Labral Leão				
RG.HOSPITAL:	HUT.	COD.SIG TAP: 0702030996.			
DATA:	24/03/2019	ALTA:	USADO:		
PROCEDIMENTO:	Trat. distal ossos antebraços (E)				
MEDICO:	R. Hugo.	CPF:	CRM:		
Produtos Utilizados/Implantados:					
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote	QTD	

01	placa em T 3,5			01
07	parafusos fijos			07

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: 24/03/2019

Dr. Hugo José Sales  
Ortopedia e Traumatologia  
de Coluna e Mão  
CRM 3632 - RJ 11512

Francis.

Responsável pela Farmácia

Responsável pelo Preenchimento



## 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: \_\_\_\_\_ N° AIH: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

paciente c/ L4 - Ponto 5  
(L5)  
Dr. Hugo José St. Lino  
Ortopedia e Traumatologia  
da Coluna Vertebral  
CRM 3638 TEC 12572

Assinatura do Médico Solicitante

### AUDITOR



DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

PRESCRIÇÃO MÉDICA

## 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-Ender: **QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - CEP: 64000-010**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**16-Munic: **TERESINA**

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

**FRATURA BILATERAL DE RÁDIO DISTAL**

21 - Condições que justificam a internação:

**TRATAMENTO CIRÚRGICO**22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):  
**RX**

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C. Ass.:

S525

## 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.: **02** 31-Docum.: **01** 32-Doc. Méd. Solic.:CPF: **809.651.803-87**

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PI 3909

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

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: **BERGIEL BARBOSA BEZERRA**

34-Data Solicitação:

24/03/2019

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

36-() Acidente de Trânsito37-() Acidente Trabalho Típico38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador:

## AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

48-Documento:

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**



## 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: 1179159 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 23/03/2019

#### PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo 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

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
 SEGUROS

Assinatura de Eliane Rodrigues Mendes


**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **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

Eliane Rodrigues Mendes  
 Menezes 6552  
 São Luís  
 COVERE CONCEIÇÃO



**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



**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.



Nayra Virginia S. Costa  
CRM-PI 3326

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

Hora: 12:18  
Exame: 29/04/2019



[D: 148447  
Paciente: ADRIANO CABRAL LEAO  
Idade: 036Y  
Sexo: M]

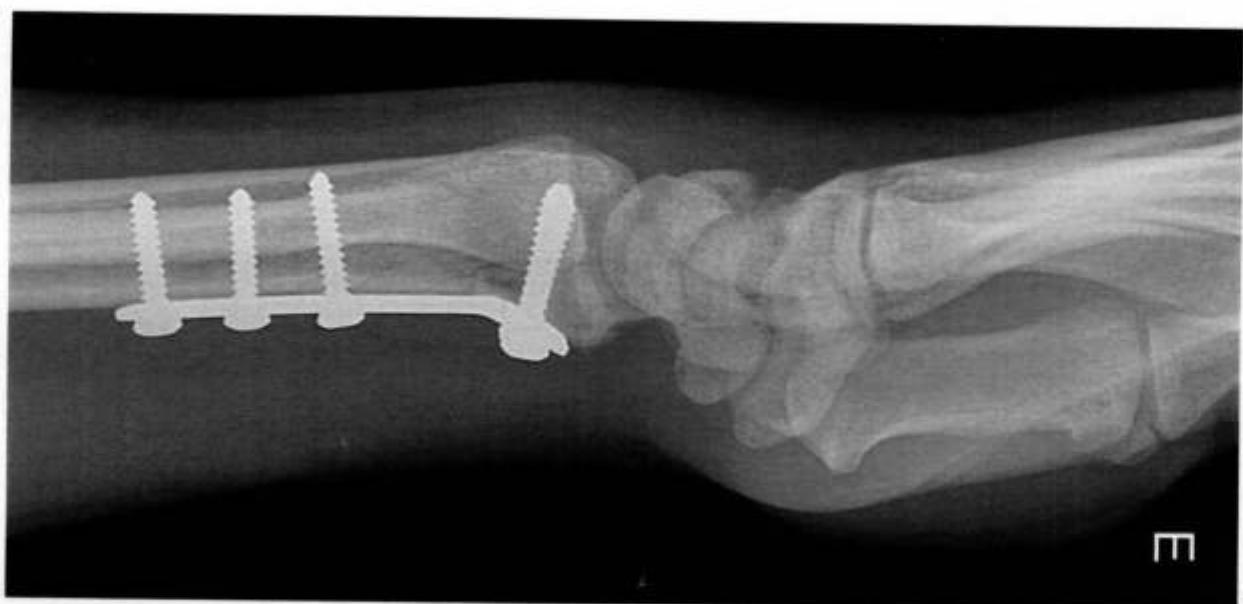
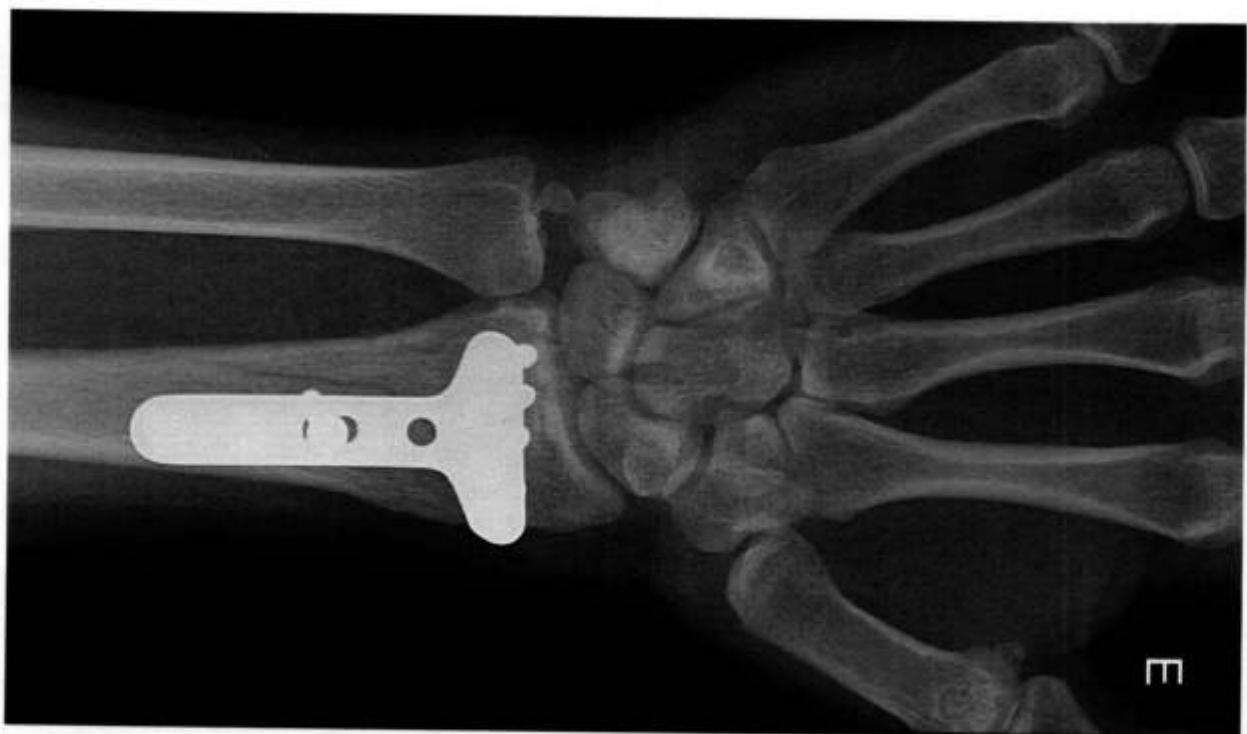
HPM



ID: 14847  
Paciente: ADRIANO CABRAL LEAO  
Idade: 03y  
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

CM. GONCALVES  
DIRCEU ARCOVERDE

RAIO-X REALIZADO  
DATA 23/03/2019

Técnico: F-51

Imp: 2019/03/23 22:08:02  
User: CAIO VAZ  
TESTACAO: GESS001

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

**DADOS DO PACIENTE:**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<u>Classificação:</u> Dor moderada	<u>Cor:</u> Amarelo
Breve História Clas. Risco: HISTÓRIA 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: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE COM TRAUMA EM PUNHO BILATERAL DOR E DEFORMIDADE LOCAL

FCC EM QUEIXO

RX

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 NEVES  
CRM PI 3054 Em: 23/03/2019 22:08:01

Caio Vaz de Oliveira Neves  
CRM PI 3054



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Adriano Correia Lédo

Diagnóstico pré-operatório

Fistula Perna (D) + (E)

Operação - Tipo

RFFI Pt Perna (D) + (E)

Cirurgião

Dr Hugo

1º Assistente

2º Assistente

(D) Dr. Beryof

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O meios

Recebido em:

04 JUL 2019

- MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

Relatório Imediato do Patologista

X

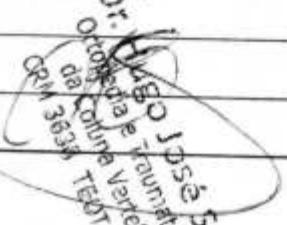
COLETA DE MATERIAIS  
PROFESSOR JOAQUIM  
COSTA DE SOUZA

X

V

### Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. OOH sob anestesia
2. Preparo IAB
3. Acesso ao ponto (E)
4. RFFI c/ placas vicam
5. RFFI Pt Perna (D)
6. Sutura
7. Cerramento
8. LAC





## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

 DATA 24/03/2019

NOME DO PACIENTE:	<u>Adriano Cabral Neão</u>			PRONTUÁRIO Nº:	<u>506447</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>PT Pnhto (A) + (E)</u>			CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Geral</u>			Nº DA SALA:	<u>02</u>
CIRURGIAO:	<u>Dr. Hugo</u>			CPF Nº:	
AUXILIAR:				CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Dra. Danielle</u>			CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Augusta</u>			CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>01</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>6.517,5</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>01</u>		LUVA Nº <u>8.5</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>02</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>20</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>50</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>50</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>20</u>		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>20</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO		
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N° <u>20</u>	UNID.	<u>01</u>		Eletrodos	II	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Crepon	II	<u>04</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Tubo endot. n° 8,0	II	<u>01</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	<u>3-0</u>	<u>01</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	<u>2-0</u>	<u>01</u>		CIRCULANTE: <u>Helena</u>			
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:

**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-Fone: **86-99529-1998**

15-Ender: **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**

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

31-Cod.Proced.Princip.

**0408020407**

30 - Procedimento Principal / Descrição:

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

31-Cod.Procedi-  
mento Especial

**0702030996**

32 - Descrição do Procedimento Especial:

**PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)**

Quant. Soli-  
cidada:

**1**

Fornecedor da OPM: **BRAGA & BRAGA**

38-Profissional Responsável:

**BERGIEL BARBOSA BEZERRA**

40-Tp. Documento:

CPF

39-Data Solicitação:

**24/03/2019**

40-No.Doc. Méd. Solic.:

**809.651.803-87**

41-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRN)

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Pt 1/3 distal radio D + C*

**AUTORIZAÇÃO**

6 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

*Hugo J. S. S. SELE  
Ortopedia e Traumatologia  
da Coluna Vertebral  
CRM 3618 - TEOL 125/02*

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle  
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

*(RONALDO RODRIGUES)*



# Braga & Braga

## Importação e Exportação

0297

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

BRAGA&BRAGA	CNPJ:63607790000198				
FABRICANTE:	Prontuário: 506447	CNPJ:			
PACIENTE:	Adriano Labral Leão				
RG.HOSPITAL:	HUT.	COD.SIG TAP: 0702030996.			
DATA:	24/03/2019	ALTA:	USADO:		
PROCEDIMENTO:	Trat. distal ossos antebraços (E)				
MEDICO:	R. Hugo.	CPF:	CRM:		
Produtos Utilizados/Implantados:					
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote	QTD	

01	placa em T 3,5			01
07	parafusos fijos			07

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: 24/03/2019

Dr. Hugo José Sales  
Ortopedia e Traumatologia  
de Coluna e Mão  
CRM 3632 - RJ 11512

Francis.

Responsável pela Farmácia

Responsável pelo Preenchimento



## 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: \_\_\_\_\_ N° AIH: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

paciente c/ L4 - Ponto 5  
(L5)  
Dr. Hugo José St. Lino  
Ortopedia e Traumatologia  
da Coluna Vertebral  
CRM 3638 TEC 12572

Assinatura do Médico Solicitante

### AUDITOR



DATA:

Assinatura do Médico Solicitante

PRESCRIÇÃO MÉDICA

## 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-Ender: **QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - CEP: 64000-010**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**16-Munic: **TERESINA**

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

**FRATURA BILATERAL DE RÁDIO DISTAL**

21 - Condições que justificam a internação:

**TRATAMENTO CIRÚRGICO**22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):  
**RX**

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C. Ass.:

S525

## 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.: **02** 31-Docum.: **01** 32-Doc. Méd. Solic.:CPF: **809.651.803-87**

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PI 3909

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

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

**BERGIEL BARBOSA BEZERRA**

34-Data Solicitação:

**24/03/2019**

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

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradoras

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

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



## 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: 1179159 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 23/03/2019

#### PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo 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

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
 SEGUROS

Assinatura: Eliane Rodrigues Mendes  
 Data: 04/07/2019  
 Local: HUT  
 COPIA SEM O ORIGINAL


**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **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

 Eliane Rodrigues Mendes  
 Menezes 6552  
 São Luís  
 COVERE CONSULTORI



**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



**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.



Nayra Virginia S. Costa  
CRM-PI 3326

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

Hora: 12:18  
Exame: 29/04/2019



[D: 148447  
Paciente: ADRIANO CABRAL LEAO  
Idade: 036Y  
Sexo: M]

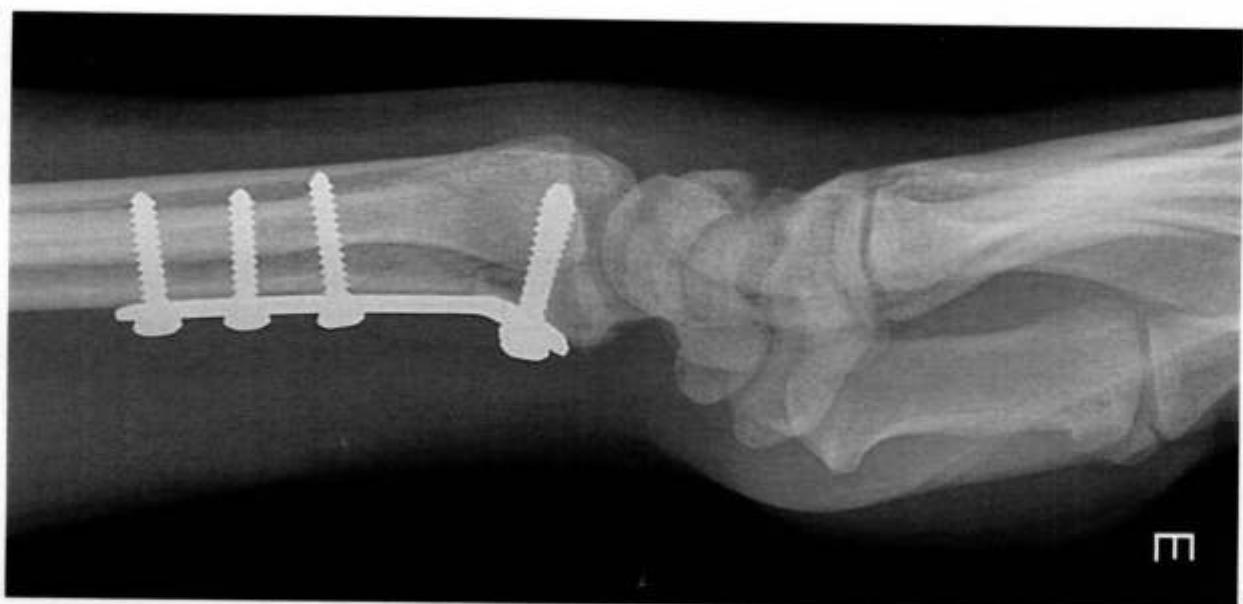
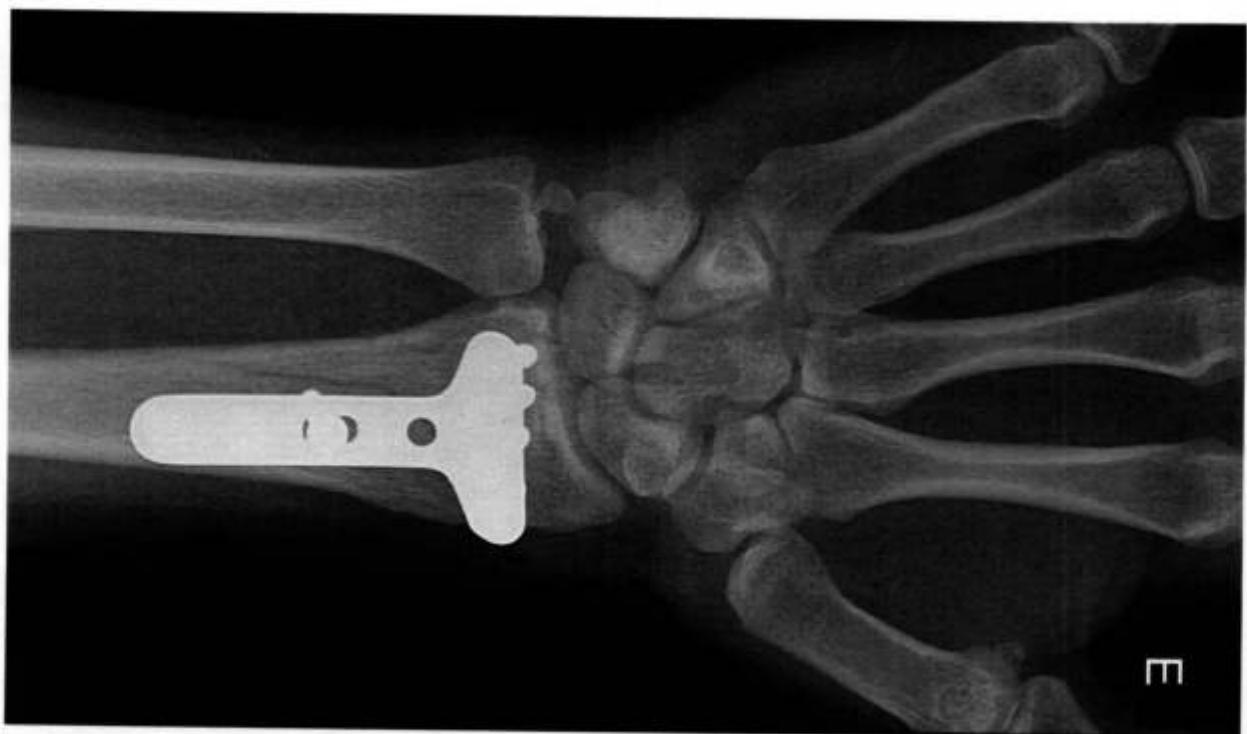
HPM



ID: 14847  
Paciente: ADRIANO CABRAL LEAO  
Idade: 03y  
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:

ENDERECO: 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 OSTEOSÍTESE : 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 DIREITO E PERDA DE 25% PRONO-SUPINAÇÃO , SEQUELA FINAL E IRREVERSIVEL.

Data: 04/09/2019

*Roceldo Rego*  
Ass. Profissional

ROCELO ANTONIO NEVES DO REGO

Conselho: 3531

*Roceldo Rego*  
CRM-PI3531/CRM-MA648  
Ortopedia e Traumatologia

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

Av. Higino 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

CONCEDE-SE A CIDADANIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.168.096

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

27/07/17

ADRIANO CABRAL LEÃO

MARIA JOSE ALVES LEÃO  
ANTONIO CABRAL DE AREÁ LEÃO

TERESINA-PI

REGISTRO DE CIDADANIA  
RECEBIDO EM

14/06/1975 N.º 1982

DOC. DR. CERT. CERT. CASAM. 28622 L 888 F

EXP. TERESINA-PI 19/05/17

992.369.823-87

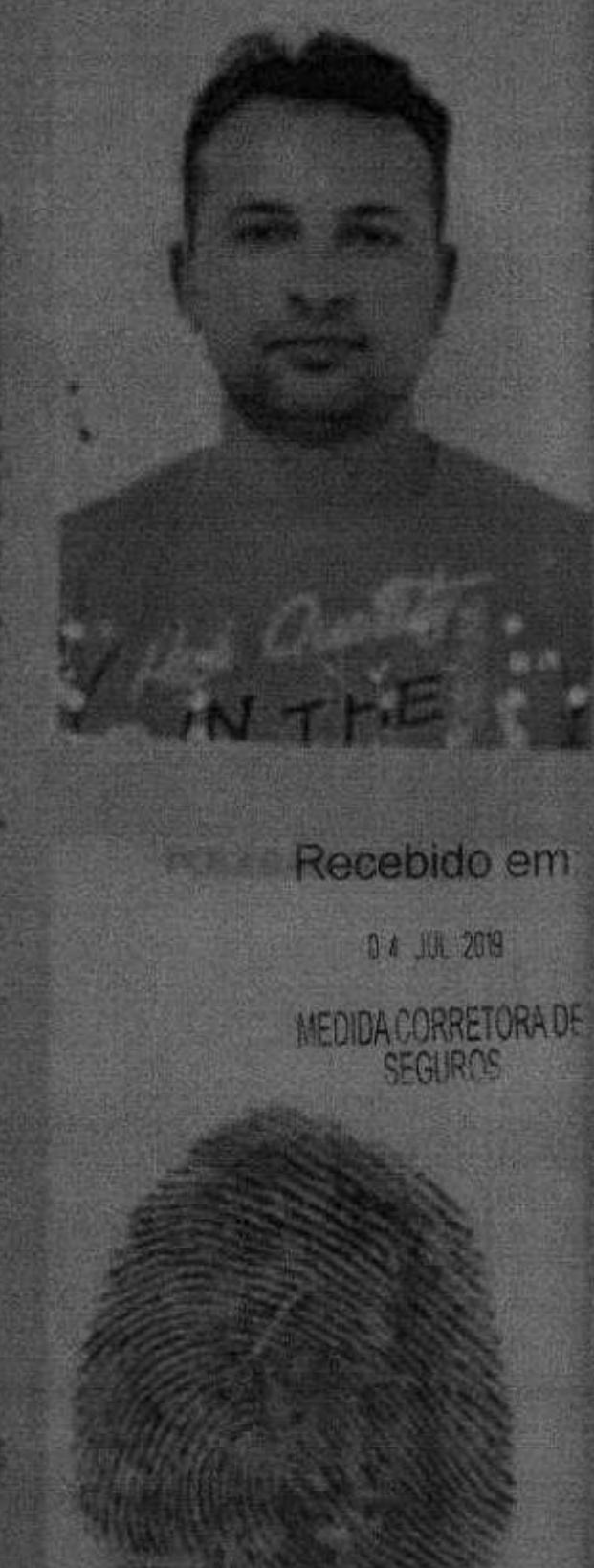
11.6955

Francisco das Chagas Pinheiro Martins  
Paiaguara - Delegado Policial Civil

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



IN THE

Recebido em

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

1116955

ANEXO A AUTUAÇÃO TRIBUTARIA  
CARTERA DE IDENTIDADE

# Pedido de Reanálise

16

Eu, Adriano Cabral Leão, portador do RG 2168.09655PM  
e CPF 992.369.823.87 visto que esta  
seguradora, solicita, uma nova análise do processo do  
acidente nº 3190412146 de cobertura de invalidez  
levado ao acidente ocorrido no dia 23 de Março  
de 2019, que fixe como indenização um valor  
abaixo do esperado de 3.375,00 (três mil, setenta  
e setenta e cinco reais).

Neste sentido e com base nos atestados que  
comprovam que as sequelas tem porcentagem  
maior do que já foi pago, (atestados em anexo),  
assim seja encaminhado para perícia médica  
pela seguradora, para constatação das 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:  
ENDERECO: 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 OSTEOSÍTESE : PUNHO DIREITO COM FIOS DE KIRSHNER E PUNHO ESQUERDO COM PLACA E PARAFUSOS , NO MOMENTO APRESENTA COMO SEQUELA PERDA DE FORÇA E RESISTÊNCIA 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 FLEXÃO DORSAL E VOLAR DO PUNHO DIREITO E PERDA DE 25% PRONO-SUPINAÇÃO , SEQUELA FINAL E IRREVERSÍVEL.

Data: 04/09/2019

*Rocelito*  
Ass. Profissional

ROCELODO ANTONIO NEVES DO REGO

Conselho: 3531

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

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

Av. Higino 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°; 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.

## 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 30°; FLEXÃO 45°; DESVIO RADIAL 10°; DESVIO ULNAR 15°; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 25°; FLEXÃO 40° DESVIO RADIAL 10°; 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 - OSTEOSÍNTSE 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

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190412146  
**Vítima:** ADRIANO CABRAL LEAO

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

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**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 - OSTEOSÍNTSE 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

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

# 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

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

# 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

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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0225381/19

**Número do Sinistro:** 3190412146

**Vítima:** ADRIANO CABRAL LEAO

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

**CPF:** 992.369.823-87

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ADRIANO CABRAL LEAO

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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

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

---

Rio de Janeiro, 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

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

---

**Rio de Janeiro, 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



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

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

**Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14814243

**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 Arcos 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; DSVIO ULNAR 10º**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**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)?

[ **X** ] 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  
(  ) 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  
(  ) 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:

992.369.823-87 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:

ADRIANO CABRAL LEÃO

6 - CPF:

992-369-823-87

7 - Profissão:

PECUÍO

8 - Endereço:

Q 287 CASA 14 - ITARARÉ

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

DIRCEU ARCOR VERDE II

12 - Cidade:

TERESINA

13 - Estado:

PJ

14 - CEP:

64078-350

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:

RECLUSO 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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Recebido em:

31 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

## 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  Sim  Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TERESINA 30 DE JULHO 2019

Adriano Cabral Leão

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 (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012			
Nome completo:		CPF:	992 369823 87
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Recurso	Q.289 CASA 14 ITAYATÉ		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
DIRECIONAMENTE	TEKESINA	PR	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).

**RENDIMENTO MENSAL:**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECURSO 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**
 CONTA POUPANÇA (Só haverá 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 type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0855

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 120905 2

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

Recebido em \_\_\_\_\_

04 JUL 2019

 MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

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):

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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**

 Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

 Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

Local e Data:	25/06/2019
Nome:	
CPF:	
(*) Assinatura de quem assina A-ROGO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

TESTEMUNHAS
1º   Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2º   Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> 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: aecio.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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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):

<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)

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

Recebido em:

12 SET 2019

## 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 no documento(s) 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.

MEIA CORRETORA DE  
SEGUROS

## 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não teve filhos? teve irmãos? pais/avós vivos? 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

INSCRIÇÃO  
DADOS DA  
VÍTIMA OU  
BENEFICIÁRIO  
NÃO ALFABETIZADO

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

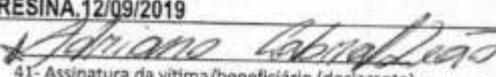
FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha  
39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





**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  
Esp. 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**

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 2168096

Mãe: MARIA JOSE ALVES LEAO

Endereço: QD, 289, CASA 14, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

**Nome: RONNIVAL CABRAL LEAO**

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 1948003

Mãe: MARIA JOSE ALVES LEAO

Endereço: QD 302, CASA 06, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

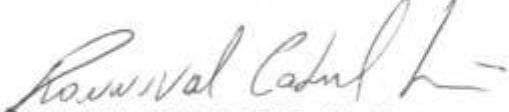
**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Colisão, Abalroamento 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-OUD-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. PROTOARIO:506447. DECLARAÇOES 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 N° 415/2012				
Nome completo:		CPF:	992 369823 87	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
RECLUSO	Q 269 CASA 14 TIKAYÉ			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
DIRceu Arcoveiroz 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).

**RENDIMENTO MENSAL:**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Sóltente 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 type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0855

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 120905 12

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

Recebido em

04 JUL 2019

**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.

MEDIDA CORRETORA DE  
SEGUROS

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: 25/06/2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

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 RODO, 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

### BOLETIM DE ENTRADA (BE)

#### DADOS DO PACIENTE:

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

#### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

#### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<u>Classificação:</u> Dor moderada	<u>Cor:</u> Amarelo
Breve História Clas. Risco: HISTÓRIA 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

<u>SSVV:</u>	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg

#### Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIDENTE COM TRAUMA EM PUNHO BILATERAL DOR E DEFORMIDADE LOCAL

FCC EM QUEIXO

RX

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

Caio Vaz de Oliveira Neto  
CRM PI 3054



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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

SAN 19

Dado de Chamado	01 N° do chamado 3655	02 Data do chamado 23/07/19	03 PRO (código) 04 Saída do PA 05 Chegada ao local
Local da Ocorrência	06 Saída do local 10 Endereço 11 Bairro 13 Ponto de referência 14 Nome 16 Idade 17 Se idade ignorada, preencha com 999	07 Chegada ao 1º hospital Av. Nossa Senhora das Mercês Bairro I Colégio Adriano Coelho 107	08 Saída do 1º hospital 12 Município-UF Código IBGE
Dados do Paciente	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado
Exame Físico	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Hospital de Destino	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Resp. <input checked="" type="checkbox"/> PA <input checked="" type="checkbox"/> TAX. <input checked="" type="checkbox"/> Sat02 <input checked="" type="checkbox"/>	25 Local da lesão 
Observações Interdisciplinar	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não
	29 Dor <input checked="" type="checkbox"/>	30 Fratura <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input checked="" type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input checked="" type="checkbox"/> Glicemia <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Venoso <input checked="" type="checkbox"/> Medicamentos a) b)
	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	34 Óbito 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> Antes do socorro <input checked="" type="checkbox"/> Antes do transporte <input checked="" type="checkbox"/> Durante o transporte 2-Não
	35 Socorro 36 Evolução 37 Diagnóstico 38 Internação 39 Disponibilidade 40 Disponibilidade		
	Responsável pela recepção Versão: 27.11.2011	Socorristas Médico AE/TE 6 Jânio Enfermeiro Condutor Raimundo	