

Email - Reinaldo Filho - x | Zimbra: Entrada (8) | Controle de documentos | Audiências | PJE Consulta processos - Pro: x | PJE 0800444-45.2019.8.18.0167

tjpi.pje.jus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=3762508&ca=fda2c3438fbc8c92e955575f411577eab...

Apps | Processo Virtual Na... | Administrativo | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE 0800444-45.2019.8.18.0167
ADRIANO CABRAL LEAO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...

8858315 - CONTESTAÇÃO (2701175 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 16/03/2020 14:15:06

16 Mar 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 8858314 - CONTESTAÇÃO
 - 8858315 - CONTESTAÇÃO (2701175 CONTESTACAO 01)
 - 8858319 - Documentos (2701175 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 8858320 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 8858321 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

14:15

12 Nov 2019

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8848101 - CONTESTAÇÃO
 - 8848132 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)

14:11

downloadBinario.seam 1 / 7

2701175 - CJ/2020-00910/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
— ADVOGADO ASSOCIADO —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JEC DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08004444520198180167

INCOMPETÊNCIA DO JEC:
Necessidade de Prova Pericial.
Incompatibilidade com o Rito

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do

PT 14:57 16/03/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JEC DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08004444520198180167

INCOMPETÊNCIA DO JEC:

Necessidade de Prova Pericial.
Incompatibilidade com o Rito

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADRIANO CABRAL LEAO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **23/03/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **24/04/2019**.

Com base no próprio laudo pericial acostado, verifica-se que a pagamento realizado na esfera administrativa encontra-se acordo com percentual indenizável para as lesões suportadas.

Utilizando-se adequação legal do estipulado na avaliação médica juntada pelo autor, verifica-se que o percentual indenizável é de: **50% (grau moderado) de Punho direito**, de acordo com a tabela anexa da Lei 11.945/09.

Assim, a aludida lesão corresponde exatamente ao valor pago administrativamente de R\$ 3,375.00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), portanto, não havendo de se falar em qualquer complementação.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DA INCOMPETÊNCIA DOS JUIZADOS ESPECIAIS CÍVEIS PARA APRECIAR MATÉRIA QUE CAREÇA DE PRODUÇÃO DE PROVA PERICIAL TÉCNICA

Conforme se observa da exordial, a natureza do pedido é a invalidez da parte autora, sendo o ponto controverso que motivou a lide, o grau dessa suposta invalidez. Trata-se, portanto, de matéria eminentemente técnica, carecedora da produção de prova pericial para ser dirimida. Daí emerge a incompetência dos Juizados Especiais Cíveis para apreciar esta questão.

Por certo o intuito da lei nº 9.099/95 é apresentar um rito mais célere às partes, para causas de menor complexidade, assim entendidas como aquelas que não exigem a realização de prova pericial. Neste sentido, tem sido o posicionamento das Turmas Recursais do Rio Grande do Sul³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“AÇÃO DE COBRANÇA. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. INCOMPETÊNCIA DO JEC. DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DA INVALIDEZ. LAUDO DO IML QUE NÃO ATESTA O GRAU DE INVALIDEZ. NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA. EXTINÇÃO DO FEITO, SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO MANTIDA. O acidente de trânsito que ocasionou a lesão corporal de caráter permanente no autor ocorreu após o advento da súmula 14 das Turmas Recursais Cíveis que dispõe que "os pedidos de indenização por invalidez permanentes ajuizados a partir do precedente do RI nº 71001887330, julgado Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Irrefragável a incompetência deste Juizado para julgar a presente lide, pois no caso dos autos, é cristalino que a prova técnica será fundamental para o correto julgamento da ação, na medida em que nos casos de invalidez deverá ser respeitado o grau da lesão do acidentado a fim de ser paga a indenização de forma proporcional.

Em decorrência, a demandada requer a extinção do processo sem resolução do mérito, na forma do artigo 51, II, da lei nº 9.099/95.

DO MÉRITO

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
PUNHO DIREITO
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

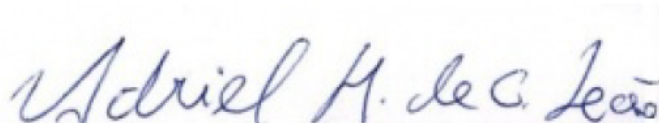
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
PUNHO ESQUERDO
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

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



Adriel Herbert de Castro Leão - CRM: 3888 - PI

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

em 18/12/2008, deverão observar a regra de graduação da invalidez", prova que não aportou aos autos. SENTENÇA CONFIRMADA POR SEUS PRÓPRIOS FUNDAMENTOS. RECURSO DESPROVIDO." (Recurso Cível Nº 71004897377, Primeira Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Marlene Landvoigt, Julgado em 26/08/2014)

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁴.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta, que é exatamente o caso dos autos, conforme faz prova o documento à fl., apresentado pelo autor.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda;

Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas	Valor da Indenização
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	25	R\$ 3.375,00

2) Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Repercussão	Valor da Indenização
50% (grau moderado)	R\$ 3,375.00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)

Assim, corroborado pela documentação apresentada nos autos, em especial laudo de fls. Num. 7176749 - Pág. 1, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar o cálculo apresentado acima, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de **R\$ 3,375.00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁵.

⁴ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁵ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁶

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida na forma da fundamentação da peça de bloqueio.

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 3 de março de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

⁶ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ADRIANO CABRAL LEO**, em curso perante a **ÚNICO JEC** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08004444520198180167.

Rio de Janeiro, 3 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO CABRAL LEAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000120905-2

Nr. da Autenticação BE1AE678F4654AAC

ÁGUAS DE TERESINA

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

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

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

LOCALIZAÇÃO
007-00078-001105

GRUPO 007 NÚMERO DO HODRONE Y18S137796

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

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

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
24/03/2019	107,95

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

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

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

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

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

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

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

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

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

ÁGUAS DE TERESINA

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

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

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

LOCALIZAÇÃO
007-00078-001105

GRUPO 007 NÚMERO DO HODRONE Y185137796

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA	
MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	1 Residencial - Normal	
02/2019	Lido	27	27		
01/2019	Lido	33	33		
12/2018	Lido	26	26		
11/2018	Lido	28	28		
10/2018	Lido	26	26		
09/2018	Lido	29	29		
08/2018	Lido	29	29		

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

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA																																																																																																																																																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>RESIDENCIAL</th><th>TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>1,8</td></tr> <tr><td>10</td><td>2,0450</td></tr> <tr><td>20</td><td>2,3000</td></tr> <tr><td>30</td><td>2,5550</td></tr> <tr><td>40</td><td>2,8100</td></tr> <tr><td>50</td><td>3,0650</td></tr> <tr><td>60</td><td>3,3200</td></tr> <tr><td>70</td><td>3,5750</td></tr> <tr><td>80</td><td>3,8300</td></tr> <tr><td>90</td><td>4,0850</td></tr> <tr><td>100</td><td>4,3400</td></tr> <tr><td>110</td><td>4,5950</td></tr> <tr><td>120</td><td>4,8500</td></tr> <tr><td>130</td><td>5,1050</td></tr> <tr><td>140</td><td>5,3600</td></tr> <tr><td>150</td><td>5,6150</td></tr> <tr><td>160</td><td>5,8700</td></tr> <tr><td>170</td><td>6,1250</td></tr> <tr><td>180</td><td>6,3800</td></tr> <tr><td>190</td><td>6,6350</td></tr> <tr><td>200</td><td>6,8900</td></tr> <tr><td>210</td><td>7,1450</td></tr> <tr><td>220</td><td>7,4000</td></tr> <tr><td>230</td><td>7,6550</td></tr> <tr><td>240</td><td>7,9100</td></tr> <tr><td>250</td><td>8,1650</td></tr> <tr><td>260</td><td>8,4200</td></tr> <tr><td>270</td><td>8,6750</td></tr> <tr><td>280</td><td>8,9300</td></tr> <tr><td>290</td><td>9,1850</td></tr> <tr><td>300</td><td>9,4400</td></tr> <tr><td>310</td><td>9,6950</td></tr> <tr><td>320</td><td>9,9500</td></tr> <tr><td>330</td><td>10,2050</td></tr> <tr><td>340</td><td>10,4600</td></tr> <tr><td>350</td><td>10,7150</td></tr> <tr><td>360</td><td>10,9700</td></tr> <tr><td>370</td><td>11,2250</td></tr> <tr><td>380</td><td>11,4800</td></tr> <tr><td>390</td><td>11,7350</td></tr> <tr><td>400</td><td>11,9900</td></tr> <tr><td>410</td><td>12,2450</td></tr> <tr><td>420</td><td>12,5000</td></tr> <tr><td>430</td><td>12,7550</td></tr> <tr><td>440</td><td>13,0100</td></tr> <tr><td>450</td><td>13,2650</td></tr> <tr><td>460</td><td>13,5200</td></tr> <tr><td>470</td><td>13,7750</td></tr> <tr><td>480</td><td>14,0300</td></tr> <tr><td>490</td><td>14,2850</td></tr> <tr><td>500</td><td>14,5400</td></tr> <tr><td>510</td><td>14,7950</td></tr> <tr><td>520</td><td>15,0500</td></tr> <tr><td>530</td><td>15,3050</td></tr> <tr><td>540</td><td>15,5600</td></tr> <tr><td>550</td><td>15,8150</td></tr> <tr><td>560</td><td>16,0700</td></tr> <tr><td>570</td><td>16,3250</td></tr> <tr><td>580</td><td>16,5800</td></tr> <tr><td>590</td><td>16,8350</td></tr> <tr><td>600</td><td>17,0900</td></tr> <tr><td>610</td><td>17,3450</td></tr> <tr><td>620</td><td>17,6000</td></tr> <tr><td>630</td><td>17,8550</td></tr> <tr><td>640</td><td>18,1100</td></tr> <tr><td>650</td><td>18,3650</td></tr> <tr><td>660</td><td>18,6200</td></tr> <tr><td>670</td><td>18,8750</td></tr> <tr><td>680</td><td>19,1300</td></tr> <tr><td>690</td><td>19,3850</td></tr> <tr><td>700</td><td>19,6400</td></tr> <tr><td>710</td><td>19,8950</td></tr> <tr><td>720</td><td>20,1500</td></tr> <tr><td>730</td><td>20,4050</td></tr> <tr><td>740</td><td>20,6600</td></tr> <tr><td>750</td><td>20,9150</td></tr> <tr><td>760</td><td>21,1700</td></tr> <tr><td>770</td><td>21,4250</td></tr> <tr><td>780</td><td>21,6800</td></tr> <tr><td>790</td><td>21,9350</td></tr> <tr><td>800</td><td>22,1900</td></tr> <tr><td>810</td><td>22,4450</td></tr> <tr><td>820</td><td>22,7000</td></tr> <tr><td>830</td><td>22,9550</td></tr> <tr><td>840</td><td>23,2100</td></tr> <tr><td>850</td><td>23,4650</td></tr> <tr><td>860</td><td>23,7200</td></tr> <tr><td>870</td><td>23,9750</td></tr> <tr><td>880</td><td>24,2300</td></tr> <tr><td>890</td><td>24,4850</td></tr> <tr><td>900</td><td>24,7400</td></tr> <tr><td>910</td><td>24,9950</td></tr> <tr><td>920</td><td>25,2500</td></tr> <tr><td>930</td><td>25,5050</td></tr> <tr><td>940</td><td>25,7600</td></tr> <tr><td>950</td><td>26,0150</td></tr> <tr><td>960</td><td>26,2700</td></tr> <tr><td>970</td><td>26,5250</td></tr> <tr><td>980</td><td>26,7800</td></tr> <tr><td>990</td><td>27,0350</td></tr> <tr><td>1000</td><td>27,2900</td></tr> </tbody> </table>	RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)	0	1,8	10	2,0450	20	2,3000	30	2,5550	40	2,8100	50	3,0650	60	3,3200	70	3,5750	80	3,8300	90	4,0850	100	4,3400	110	4,5950	120	4,8500	130	5,1050	140	5,3600	150	5,6150	160	5,8700	170	6,1250	180	6,3800	190	6,6350	200	6,8900	210	7,1450	220	7,4000	230	7,6550	240	7,9100	250	8,1650	260	8,4200	270	8,6750	280	8,9300	290	9,1850	300	9,4400	310	9,6950	320	9,9500	330	10,2050	340	10,4600	350	10,7150	360	10,9700	370	11,2250	380	11,4800	390	11,7350	400	11,9900	410	12,2450	420	12,5000	430	12,7550	440	13,0100	450	13,2650	460	13,5200	470	13,7750	480	14,0300	490	14,2850	500	14,5400	510	14,7950	520	15,0500	530	15,3050	540	15,5600	550	15,8150	560	16,0700	570	16,3250	580	16,5800	590	16,8350	600	17,0900	610	17,3450	620	17,6000	630	17,8550	640	18,1100	650	18,3650	660	18,6200	670	18,8750	680	19,1300	690	19,3850	700	19,6400	710	19,8950	720	20,1500	730	20,4050	740	20,6600	750	20,9150	760	21,1700	770	21,4250	780	21,6800	790	21,9350	800	22,1900	810	22,4450	820	22,7000	830	22,9550	840	23,2100	850	23,4650	860	23,7200	870	23,9750	880	24,2300	890	24,4850	900	24,7400	910	24,9950	920	25,2500	930	25,5050	940	25,7600	950	26,0150	960	26,2700	970	26,5250	980	26,7800	990	27,0350	1000	27,2900	<p>VALOR REFERENTE ÁGUA - 107,95</p> <p>> Residencial-Normal 25,0 m3 107,95</p>
RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)																																																																																																																																																																																																												
0	1,8																																																																																																																																																																																																												
10	2,0450																																																																																																																																																																																																												
20	2,3000																																																																																																																																																																																																												
30	2,5550																																																																																																																																																																																																												
40	2,8100																																																																																																																																																																																																												
50	3,0650																																																																																																																																																																																																												
60	3,3200																																																																																																																																																																																																												
70	3,5750																																																																																																																																																																																																												
80	3,8300																																																																																																																																																																																																												
90	4,0850																																																																																																																																																																																																												
100	4,3400																																																																																																																																																																																																												
110	4,5950																																																																																																																																																																																																												
120	4,8500																																																																																																																																																																																																												
130	5,1050																																																																																																																																																																																																												
140	5,3600																																																																																																																																																																																																												
150	5,6150																																																																																																																																																																																																												
160	5,8700																																																																																																																																																																																																												
170	6,1250																																																																																																																																																																																																												
180	6,3800																																																																																																																																																																																																												
190	6,6350																																																																																																																																																																																																												
200	6,8900																																																																																																																																																																																																												
210	7,1450																																																																																																																																																																																																												
220	7,4000																																																																																																																																																																																																												
230	7,6550																																																																																																																																																																																																												
240	7,9100																																																																																																																																																																																																												
250	8,1650																																																																																																																																																																																																												
260	8,4200																																																																																																																																																																																																												
270	8,6750																																																																																																																																																																																																												
280	8,9300																																																																																																																																																																																																												
290	9,1850																																																																																																																																																																																																												
300	9,4400																																																																																																																																																																																																												
310	9,6950																																																																																																																																																																																																												
320	9,9500																																																																																																																																																																																																												
330	10,2050																																																																																																																																																																																																												
340	10,4600																																																																																																																																																																																																												
350	10,7150																																																																																																																																																																																																												
360	10,9700																																																																																																																																																																																																												
370	11,2250																																																																																																																																																																																																												
380	11,4800																																																																																																																																																																																																												
390	11,7350																																																																																																																																																																																																												
400	11,9900																																																																																																																																																																																																												
410	12,2450																																																																																																																																																																																																												
420	12,5000																																																																																																																																																																																																												
430	12,7550																																																																																																																																																																																																												
440	13,0100																																																																																																																																																																																																												
450	13,2650																																																																																																																																																																																																												
460	13,5200																																																																																																																																																																																																												
470	13,7750																																																																																																																																																																																																												
480	14,0300																																																																																																																																																																																																												
490	14,2850																																																																																																																																																																																																												
500	14,5400																																																																																																																																																																																																												
510	14,7950																																																																																																																																																																																																												
520	15,0500																																																																																																																																																																																																												
530	15,3050																																																																																																																																																																																																												
540	15,5600																																																																																																																																																																																																												
550	15,8150																																																																																																																																																																																																												
560	16,0700																																																																																																																																																																																																												
570	16,3250																																																																																																																																																																																																												
580	16,5800																																																																																																																																																																																																												
590	16,8350																																																																																																																																																																																																												
600	17,0900																																																																																																																																																																																																												
610	17,3450																																																																																																																																																																																																												
620	17,6000																																																																																																																																																																																																												
630	17,8550																																																																																																																																																																																																												
640	18,1100																																																																																																																																																																																																												
650	18,3650																																																																																																																																																																																																												
660	18,6200																																																																																																																																																																																																												
670	18,8750																																																																																																																																																																																																												
680	19,1300																																																																																																																																																																																																												
690	19,3850																																																																																																																																																																																																												
700	19,6400																																																																																																																																																																																																												
710	19,8950																																																																																																																																																																																																												
720	20,1500																																																																																																																																																																																																												
730	20,4050																																																																																																																																																																																																												
740	20,6600																																																																																																																																																																																																												
750	20,9150																																																																																																																																																																																																												
760	21,1700																																																																																																																																																																																																												
770	21,4250																																																																																																																																																																																																												
780	21,6800																																																																																																																																																																																																												
790	21,9350																																																																																																																																																																																																												
800	22,1900																																																																																																																																																																																																												
810	22,4450																																																																																																																																																																																																												
820	22,7000																																																																																																																																																																																																												
830	22,9550																																																																																																																																																																																																												
840	23,2100																																																																																																																																																																																																												
850	23,4650																																																																																																																																																																																																												
860	23,7200																																																																																																																																																																																																												
870	23,9750																																																																																																																																																																																																												
880	24,2300																																																																																																																																																																																																												
890	24,4850																																																																																																																																																																																																												
900	24,7400																																																																																																																																																																																																												
910	24,9950																																																																																																																																																																																																												
920	25,2500																																																																																																																																																																																																												
930	25,5050																																																																																																																																																																																																												
940	25,7600																																																																																																																																																																																																												
950	26,0150																																																																																																																																																																																																												
960	26,2700																																																																																																																																																																																																												
970	26,5250																																																																																																																																																																																																												
980	26,7800																																																																																																																																																																																																												
990	27,0350																																																																																																																																																																																																												
1000	27,2900																																																																																																																																																																																																												

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
24/03/2019	107,95

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

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

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias da ocorrência, a não pagamento desta fatura irá resultar a suspensão dos serviços.

Lei nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e Art. 69, inciso I, Lei nº 12.797/2013, Art. 1º, inciso I.

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

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

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

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

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

Recebido em:
04 JUL 2019
MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, RONNIVAL CABRAL LEÃO

RG nº 1948003

data de expedição 27/02/2019

Órgão SSP-PI

portador do CPF nº 643.217.203-97

com domicílio na cidade de TERESINA

no Estado de

PIAUÍ

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

COM. DIRCEU ARCOVERDE II Q-302 C-06

nº

complemento

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

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

ADRIANO CABRAL LEÃO

cujo o condutor era

O MESMO

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

Placa: QUD 5266 Chassi: 9C6KE1500020074652

Data do Acidente: 23/03/19

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Local e Data: TERESINA 08 06 ABRIL 2019

Ronnival Cabral Leão

Assinatura do Declarante



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

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

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

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

ARTURIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

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



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

CAR. GERAL ON
DITOPEDIA

RAIO-X REALIZADO
DATA 23/03/2019

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

SSVV: (Hora: ____ : ____)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

SUTURA
AVALIAÇÃO CIRURGIA GERAL

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

CID:
S525

Exames Complementares:

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

Prescrição Médica:

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

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

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



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

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

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

Acidente Durante a Operação _____

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

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

Dr. Hugo José
Ortopedia e Traumatologia
CRM 36377 T80T



FICHA DE ANESTESIA

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

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

Descrição da Anestesia:

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/03/2019

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

MATERIAL DE CONSUMO

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



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	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- cidata: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fr 1/3 distal radio D + E

AUTORIZAÇÃO

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

(RONALDO) BOCHA

Braga & Braga

Importação e Exportação

0297

СХ № 01

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

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

[illegible]

Responsável Pelo Preenchimento: _____

Data: 24/03/2019

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

FRANCIS

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento



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



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

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

JUSTIFICATIVA

paciente cl. 2.ª - ponto 15

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

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR



DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

MEDICO ASSISTENTE

MEDICO ASSISTENTE

OBSERVAÇÕES

7SSW

(01)

001

Chlorophyll

~~4th Degree: Barbed Wire
ORTOPEDIC TRAUMATOLOGIA~~

2025-01-11



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

235553

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

189473

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

235553

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ADRIANO CABRAL LEAO

6 - Prontuário: 506447

7-CNS: 705803493560433

8-Nascimento: 14/07/1982

9-Sexo: Masculino

CPF: 992.369.823-87

11-Mãe: MARIA JOSE ALVES LEAO

12-Fone: 86-99529-1998

13-Resp: DAMIAO RIBEIRO MACIEL

14-Cor: Parda

15-Ende: QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

FRATURA BILATERAL DE RADIO DISTAL

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim:

S525

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408020407

27-Procedimento Solicitado:

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

Tempo SUS

2

29-Clinica:

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

02

01

CPF

809.651.803-87

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

34-Data Solicitação:

24/03/2019

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PI 3909

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No.Bilhete:

41-Série:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (BERGIEL BEZERRA)

Consulta Local: 713721

Consulta SUS:

Impressão: 24/03/2019 01:49:10

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

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 23/03/2019

PUNHO DIREITO

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

- Fratura cominutiva no rádio distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/03/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

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



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 148447

PACIENTE: ADRIANO CABRAL LEAO

NOME DA MÃE: MARIA JOSE ALVES LEAO

DATA DO NASCIMENTO: 14/07/1982

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 06/05/2019

DATA DO LAUDO: 10/05/2019

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com fios metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:


Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com fios metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.


Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

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

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



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

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

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com placa e parafusos metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:


Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com placa e parafusos metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.


Naysa Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

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

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

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

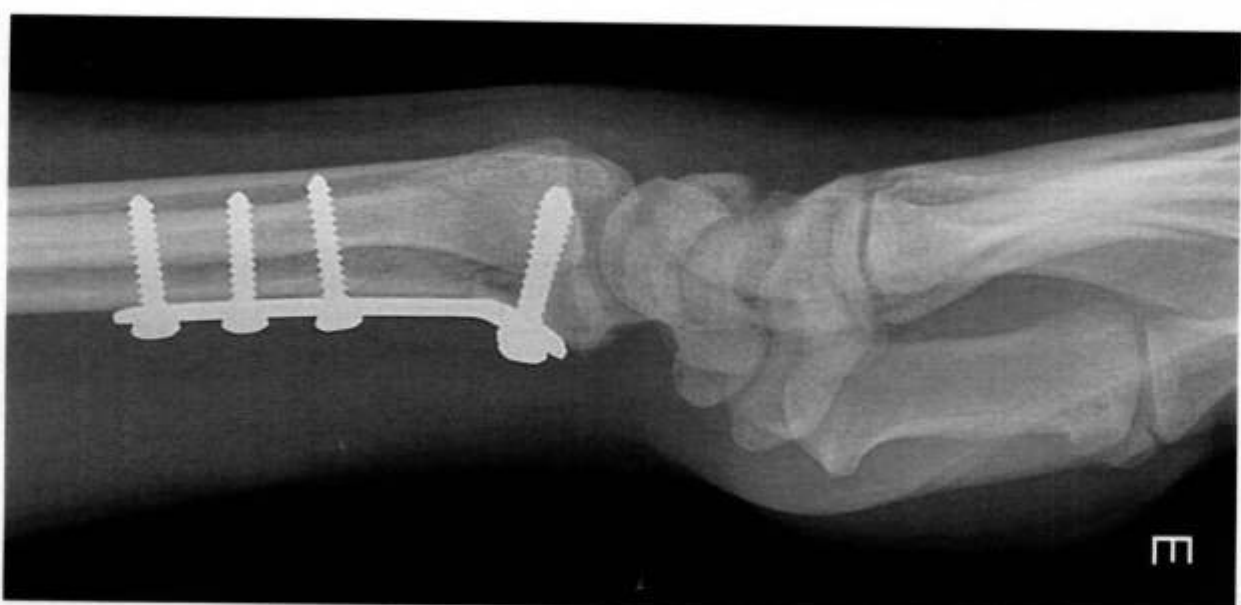
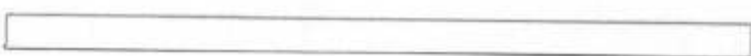
HPM



Horæ: 12-18
Exame: 29/04/2019

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

HPM



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



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

CAIO VAZ DE OLIVEIRA
CRM PI 3054

RAIO-X REALIZADO
DATA 23/03/2019

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: 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 VÔMITOS. 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/m2	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
----------------------	-----------------------	------------------------	-------------------	----------------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

SUTURA
AVALIAÇÃO CIRURGIA GERAL

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

CID:
S525

Exames Complementares:

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

Prescrição Médica:

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

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____ / ____ / ____

HORA: ____ : ____

Assinatura Paciente ou Responsável

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



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

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

Data da Operação _____ Início _____ Fim _____

Diagnóstico Pós-operatório

O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

X

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Acidente Durante a Operação

X

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

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

Dr. Hugo José
Ortopedia e Traumatologia
CRM 36377 TERT



FICHA DE ANESTESIA

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

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

Descrição da Anestesia:

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 24/03/2019

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

MATERIAL DE CONSUMO

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



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2- CNES 5828856	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4- CNES 5828856	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- cidata: 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 Méd. Sol. (CRM)		

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fr 1/3 distal radio D + E

AUTORIZAÇÃO

46- Nome do Profissional Autorizador:	47- Data Autorização:	48- CNS/CPF:
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) BOCHA

Braga & Braga

Importação e Exportação

0297

СХ № 01

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

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

[illegible]

Responsável Pelo Preenchimento:

Data: 24/03/2019

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

FRANCIS

Responsável pela Farmácia

responsável pelo Preenchimento



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



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

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

JUSTIFICATIVA

paciente cl. 2.ª - ponto 15

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

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR



DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

MEDICO ASSISTENTE

MEDICO ASSISTENTE

MEDICO ASSISTENTE

OBSERVAÇÕES

7SSW

1000

Chlorophyll

~~4th Degree: Barbed Wire
ORTOPEDIC TRAUMATOLOGIA~~

2025-01-11

A

1. What is the purpose of the experiment?



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

235553

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

189473

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

235553

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ADRIANO CABRAL LEAO

6 - Prontuário: 506447

7-CNS: 705803493560433

8-Nascimento: 14/07/1982

9-Sexo: Masculino

CPF: 992.369.823-87

11-Mãe: MARIA JOSE ALVES LEAO

12-Fone: 86-99529-1998

13-Resp: DAMIAO RIBEIRO MACIEL

14-Cor: Parda

15-Ende: QUADRA 289, CASA 17, DIRCEU II - DIRCEU ARCOVERDE - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

FRATURA BILATERAL DE RADIO DISTAL

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRURGICO

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

RX

23-Diagnóstico Inicial:

fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim:

S525

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:

0408020407

27-Procedimento Solicitado:

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

Tempo SUS

2

29-Clinica:

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

02

01

CPF

809.651.803-87

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

BERGIEL BARBOSA BEZERRA

34-Data Solicitação:

24/03/2019

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PI 3909

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

39-CNPJ Seguradora:

42-CNPJ Empresa:

40-No.Bilhete:

41-Série:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (BERGIEL BEZERRA)

Consulta Local: 713721

Consulta SUS:

Impressão: 24/03/2019 01:49:10

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

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			

Data Exam: 23/03/2019

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

- Fratura cominutiva no rádio distal.

TERESINA - PI 25/03/2019

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Professional Responsável

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 09-04-2004 BY 60322
FOR FRODO C ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 23/03/2019

PUNHO DIREITO

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

- Fratura cominutiva no rádio distal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 25/03/2019

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

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



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 148447

PACIENTE: ADRIANO CABRAL LEAO

NOME DA MÃE: MARIA JOSE ALVES LEAO

DATA DO NASCIMENTO: 14/07/1982

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 06/05/2019

DATA DO LAUDO: 10/05/2019

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com fios metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:


Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com fios metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.


Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

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

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



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

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

RADIOGRAFIA DO PUNHO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com placa e parafusos metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:


Controle.

Fixação ortopédica no rádio distal com placa e parafusos metálicos.

Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

*Correlacionar com dados clínicos.


Naysa Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

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

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

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

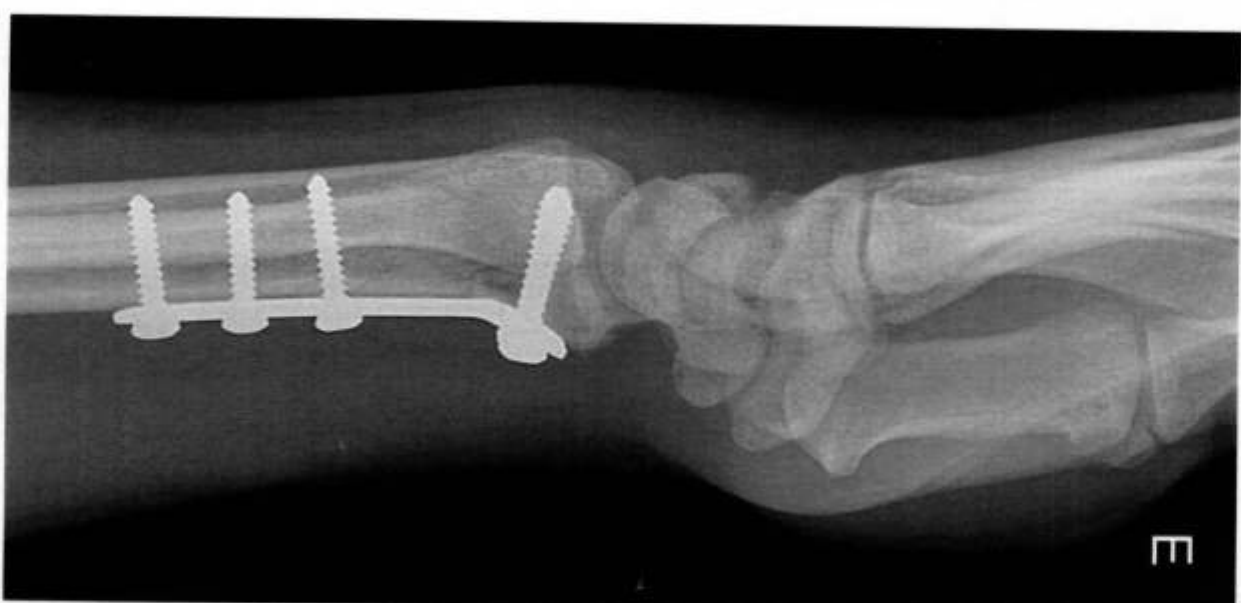
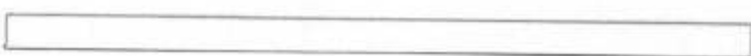
HPM



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

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

HPM



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



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
RECEITUÁRIO



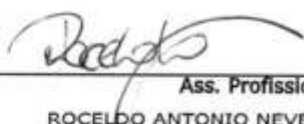
DADOS DO PACIENTE

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

LAUDO MÉDICO

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

Data: 04/09/2019


Ass. Profissional
ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
Conselho: 3531

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

"Humanizando e Cuidado Bem da Sua Saúde"

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

Recebido em:

12 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.168.096

27/07/17

DATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME
ADRIANO CABRAL LEÃO

FILIAÇÃO
MARIA JOSÉ ALVES LEÃO
ANTONIO CABRAL DE ARÊA LEÃO

NATURALIDADE
TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO
14/07/1982

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

Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Perito Criminalista Policial Classe Especial

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

Recebido em
02/08/2017
MEDICINA FORENSE
SEGURANÇA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Recebido em

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



1116955

Adriano Cabral Dias
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Pedido de Reanálise

Eu, Adriano Cabral Leão, Portador do RG. 2.168.09655-PA, inscrito no CPF 992.369.823-87 venho diante esta Seguradora, Solicitar, uma nova análise do Processo do sinistro nº 3190412146 de cobertura de invalidez devido ao acidente ocorrido no dia 23 de Maio de 2019, que tive como indenização um valor abaixo do esperado de 3.375,00 (três mil, trezentos e setenta e cinco reais).

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

Teresina, 12 de Setembro de 2019

Adriano Cabral Leão
CPF. 992.369.823-87

Recebido em:

12 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
RECEITUÁRIO



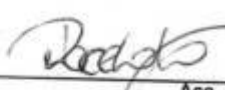
DADOS DO PACIENTE

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

LAUDO MÉDICO

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

Data: 04/09/2019


Ass. Profissional
ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO
Conselho: 3531

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

"Humanizando e Cuidado Bem da Sua Saúde"

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

Recebido em:

12 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL BILATERAL

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/09/2019

Conduta mantida: Sim

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL BILATERAL

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/09/2019

Conduta mantida: Sim

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

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

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

@ P.01

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

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

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

@ P.01

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0225381/19

Número do Sinistro: 3190412146

Vítima: ADRIANO CABRAL LEAO

CPF: 992.369.823-87

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 23/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADRIANO CABRAL LEAO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ADRIANO CABRAL LEAO : 992.369.823-87

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

ADRIANO CABRAL LEAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190412146

Vítima: ADRIANO CABRAL LEAO

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO CABRAL LEAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190412146

Vítima: ADRIANO CABRAL LEAO

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADRIANO CABRAL LEAO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190412146

Vítima: ADRIANO CABRAL LEAO

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO CABRAL LEAO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ADRIANO CABRAL LEAO**

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

Banco: **104**

Agência: **855**

Conta: **00000120905-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

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

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

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADRIANO CABRAL LEAO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190412146

Vítima: ADRIANO CABRAL LEAO

Data do Acidente: 23/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO CABRAL LEAO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190412146**

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

Endereço do(a) Examinado(a):

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

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

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

AVENIDA NOÉ MENDES, DIRCEU ARCOVERDE, TERESINA-PI

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

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE RÁDIO DISTAL BILATERAL

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

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

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

[☒] Sim [☐] Não

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

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

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

[☒] Sim [☐] Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE PUNHO BILATERAL

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO DIREITO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

PUNHO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Adriano Cabral Leão*
 Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
 Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3190412146

3 - CPF da vítima:
992369823-87

4 - Nome completo da vítima:
ADRIANO CABRAL LEAO

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

5 - Nome completo:
ADRIANO CABRAL LEAO

6 - CPF:
992369823-87

7 - Profissão:
MOTORISTA

8 - Endereço:
Q -289

9 - Número:
14

10 - Complemento:

11 - Bairro:
DIRCEU II

12 - Cidade:
TERESINA

13 - Estado:
PI

14 - CEP:
64078-350

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0855

CONTA: 120905

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascer (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8017 2178 5040

6277

VALIDO ATÉ

10/24

ADRIANO CABRAL LEAO
0855 013 00120905-2

e!o



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001523/2019-51

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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

23/03/2019 - 20:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE II

Endereço

AV; NOE MENDES, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

CPLEGIO DACIO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: **ADRIANO CABRAL LEAO**

RG: 2168096

Mãe: MARIA JOSE ALVES LEAO

Endereço: QD, 289, CASA 14, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA

Nome: **RONNIVAL CABRAL LEAO**

RG: 1948003

Mãe: MARIA JOSE ALVES LEAO

Endereço: QD 302, CASA 06, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

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

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

RONNIVAL CABRAL LEAO - Noticiante
Responsável pela Informação

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A-ROGO

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

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

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



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

CAIO VAZ DE OLIVEIRA
CRM PI 3054

RAIO-X REALIZADO
DATA 23/03/2019

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor moderada	Cor: 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 VÔMITOS. 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/m2** Pulso: **bmp** Pressão: **mmHg**

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

SUTURA
AVALIAÇÃO CIRURGIA GERAL

Recebido em:

04 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

CID:
S525

Exames Complementares:

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

Prescrição Médica:

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

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____ / ____ / ____

HORA: ____ : ____

Assinatura Paciente ou Responsável

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



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
19

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

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

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

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

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

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

Observações Interdisciplinar:
paciente vítima de episódios entre mãos com fratura fechada em punho de e fraturas de dor, de formo

Responsável pela recepção:
Socorristas Médico: J. J. J.
AE/TE: J. J. J.
Enfermeiro Condutor: J. J. J.